Инна Вадимовна Крук
Вадим Моисеевич Блейхер

# Толковый словарь психиатрических терминов

*http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=146971*
*Толковый словарь психиатрических терминов: Около 3 тыс. терминов: НПО «Модэк»; Воронеж; 1995*
*ISBN 5-87224-067-8*

## Аннотация

В словаре представлены толкования основных терминов и понятий, наиболее часто употребляемых в современной психиатрической литературе, а также в смежных науках и областях знаний (психотерапии, неврологии, психологии, философии, физиологии и др.). Приведено лаконичное, но достаточно полное смысловое значение каждого термина, даны ссылки на авторов основополагающих исследований в соответствующей области. Термины, употребляемые в клинической практике с обозначением через эпонимы, то есть обозначенные по фамилии введшего их в употребление исследователя или по имени исторического или литературного персонажа, с чьей деятельностью проводится аналогия, в тексте словаря

приведены как эпонимические. Каждая статья содержит этимологическую справку, объясняющую происхождение ключевого слова.

Словарь рассчитан на врачей и научных работников – психиатров, невропатологов, психологов, педагогов-дефектологов, философов, юристов, других специалистов, проявляющих интерес к психиатрии.

# Содержание

# В.М. Блейхер, И.В. Крук Толковый словарь психиатрических терминов (около 3000 терминов, 1995 г.)

## Об авторах

### Блейхер Вадим Моисеевич

Доктор медицинских наук, Заслуженный врач Украины, Почетный член научного общества психиатров Болгарии, лауреат премии им. академика В.П. Протопопова. Заведует лабораторией клинической психологии Киевского НИИ общей и судебной психиатрии. Автор свыше 150 опубликованных научных работ по психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, в том числе нескольких монографий, руководств,

учебников, справочников, терминологических словарей.

# Крук Инна Вадимовна

Кандидат медицинских наук. Ассистент кафедры психиатрии Киевского медицинского университета. Читает курс патопсихологии на отделении психологии Киевского университета им. Т.Г. Шевченко. Лауреат премии им. академика В.П. Протопопова. Автор 40 опубликованных работ по психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, в том числе монографии о церебрастенических состояниях у детей.

# Предисловие

Нынешний век отличается высокой дифференциацией медицинских наук, каждая из которых разработала свой достаточно сложный понятийный аппарат. На объеме последнего в значительной мере сказывается и привнесение в ту или иную конкретную область медицины терминов и понятий смежных наук, а также имеющих важное общемедицинское, теоретико-методологическое или практическое, прикладное значение. Без овладения как общемедицинским, так и узкопрофессиональным словарем ни один медицинский специалист не может быть полноценным работником: он не сумеет ни усвоить накопленные наукой знания, ни достаточно полно в информативном отношении изложить свои наблюдения, мысли.

Все сказанное относится к психиатрии, как и к другим медицинским наукам. В отечественной психиатрии в области терминологии имеется существенный пробел. Ранее изданные терминологические словари Я.П. Фрумкина (1939) и В.С. Гуськова (1965) в известной мере устарели. За последние годы психиатрическая наука обогатилась множеством новых терминов. Далеко не все статьи в указанных словарях достаточно информативны. Изданные в 1980 и 1984 гг. сло-

вари В.М. Блейхера построены по эпонимическому принципу, что в значительной мере ограничивает возможность их применения. В трехтомном энциклопедическом словаре медицинских терминов (1982-1984 гг.) психиатрические термины даны среди других, и ориентироваться в нем, особенно читателю, не имеющему соответствующего опыта, оказывается трудно. Кроме того, очень большой объем этого издания привел к чрезмерному лаконизму в подаче отдельных терминов.

Следует отметить, что психиатрическая наука ряда стран не страдает от подобных пробелов. Так, в США тесьма популярен словарь Р.И. Кемпбелла (5-е изд., 1981 г.); немецкоязычные психиатры располагают словарем У.Х. Петерса (2-е изд., 1977 г.) и изданным под редакцией Хр. Мюллера «Лексиконом психиатрии»; в Польше издан «Энциклопедический словарь психиатра» (3-е изд., 1988 г.). Наконец, нельзя не упомянуть вышедший в Болгарии в 1988 г. обширный «Психиатрический клинический словарь психиатра» Й. Стоименова и И. Рачева. Перечисленные словари, каждый сам по себе, очень ценны, однако перевод их на русский язык не представляется целесообразным. Каждый из них отражает особенности психиатрии, на почве которой он был создан, далеко не все статьи соответствуют нашим представлениям.

Указанные обстоятельства побудили авторов настоящего словаря взять на себя труд по его составлению. Мы сознаем, что данный словарь не может быть совершенным. Этому прежде всего препятствуют движение времени и развитие науки. Не может претендовать он и на поиск окончательной истины, ибо настоящая наука всегда отличается плюрализмом. Наступят новые времена, появятся и новые словари. Авторы предлагаемого вниманию читателей издания имели целью создать словарь, которой мог бы оптимально использоваться в продолжение не слишком короткого отрезка времени.

«Толковый словарь психиатрических терминов» основан на толковании терминов и понятий, представляющих интерес для психиатров. При этом авторы постоянно стремились, сохраняя известный лаконизм, дать как можно более полное описание каждого термина, понятия; в статьях нашли отражение ссылки на основополагающие и современные исследования в соответствующих областях. Каждая статья снабжена краткой этимологической справкой, разъясняющей смысл составных слов и корней. Как правило, знание этих сведений существенно облегчает усвоение терминологии и сокращает объем излагаемого материала. В качестве эпонимических даны лишь те термины, которые только так или преимущественно так исполь-

зуются в практике. Ряд терминов и понятий (обычно состоящих из двух слов с затрудненным выделением ключевого слова или часто употребляемых синонимически) фигурируют в тексте словаря дважды, однако в одном месте это лишь ссылка, а в другом – уже описание (например, «Рибо закон. См. Закон Рибо»).

В ряде случаев дается описание термина в нескольких аспектах, при этом обычно указывается причина такого разночтения, например: «в психиатрии», «в психологии», «в психоанализе» и др.

Некоторые термины приводятся в описании группами, гнездами с опорой на основной: например, виды бреда, депрессий, деменций, галлюцинаций.

Авторы стремились в большинстве статей по возможности указать фамилии исследователей, впервые введших тот или иной конкретный термин или понятие в обиход, и указать дату публикации соответствующей работы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В конце словаря, в списке литературы, приведены названия основных работ справочного характера (словари, справочники, энциклопедические издания) и использованные в работе над словарем основные руководства по психиатрии и смежным дисциплинам.

# Список сокращений

АД – артериальное давление
анат. – анатомический
англ. – английский
араб.– арабский
в. – век
вв. – века
ВНД – высшая нервная деятельность
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВТЭК – врачебно-трудовая экспертная комиссия
г – грамм
г. – год
гг. – годы
голл. – голладский
град. – градус(ов)
греч. – греческий
др. – другой, другие
древнееврю – древнееврейский
ЕД – единица действия
итал. – итальянский
лат. – латинский
малайск. – малайский
МДП – маниакально-депрессивный психоз
мин – минута

н.э. – наша эра
нем. – немецкий
новолат. – новолатинский
позднелат. – позднелатинский
пр. – прочее, прочий
ПЭГ – пневмоэнцефалография
с – секунда
син. – синоним
см. – смотри
соавт. – соавтор, соавторы
сокращ. – сокращенно, сокращение
ср. – сравни
т.п. – тому подобное
ТАТ – тематический апперцептивный тест
тыс. – тысяча
устар. – устаревший
фр. – французский
ЦНС – центральная нервная система
ЭКГ – электрокардиография, электрокардиограмма
ЭСТ – электросудорожная терапия
ЭЭГ – электроэнцефалография, электроэнцефалограмма

# А

**Абади симптом** [Abadie J., 1905]. Нечувствительность пяточного сухожилия к сдавливанию. Наблюдается в симптомокомплексе локомоторной атаксии при спинной сухотке, а также довольно часто при прогрессивном параличе.

**Абазия** (*греч. а* – без-, не-, *basis* – шаг). Утрата способности стояния на ногах и ходьбы, хотя в лежачем положении больной обнаруживает способность совершать движения в достаточной силе и объеме. Часто сочетается с астазией (астазия-абазия). Характерна для истерии. Наблюдается также при состояниях нарушенного равновесия и при двигательных расстройствах нижних конечностей (гиперкинезы, мышечные спазмы).

**Абалиенация** (*лат. ab* – от, *alienus* – чужой). Отчуждение. Симптом личностных изменений. Наблюдается при шизофрении (в рамках аутизма) и при психопатиях, патохарактерологических развитиях.

**Абашева-Константиновского синдром** [Абашев-Константиновский А.Л., 1966]. Слабоумие лакунарного характера, возникающее после инсульта у больных, до того не обнаруживавших проявлений деменции. Характерно острое возникновение стойкого

синдрома слабоумия.

**Абели симптом.** См. *Симптомы зеркала.*

**Абеталипопротеинемия** (буква греч. алфавита *бета + греч. lipos* – жир + *proteinos* – простой белок) [Bassen H.A., Kornzweig A.L., 1950]. Комплекс наследственно-рецессивных аномалий: полное отсутствие беталипопротеинов в крови, уменьшение количества холестерина и фосфолипидов в крови, акантоцитоз, тапеторетинальная дегенерация, прогрессирующая атаксия, умственное недоразвитие.

Син.: синдром Бассена–Корнцвейга.

**Абиотрофия** *(греч. а + греч. bios* – жизнь, *trophe* – питание). Преждевременное угасание жизненных возможностей клеток или тканей систем организма, характеризующееся, прежде всего, снижением адаптационных возможностей и уровня их функционирования. Теории А. рассматривают ее как этиологический фактор ряда врожденных, генетически обусловленных заболеваний центральной нервной системы; шизофрении, болезней Пика, Альцгеймера, Вильсона, Паркинсона, хореи Гентингтона.

**Аблютомания** *(лат. ablutum* – смывать, мыть, *греч. mania* – болезненная склонность, здесь в смысле навязчивости). Навязчивое мытье рук в связи с обессивными или бредовыми идеями заражения, загрязнения. Наблюдается при неврозе навязчивых со-

стояний и при навязчивостях в рамках шизофренического процесса, особенно часто при детской шизофрении.

**Абсанс** *(фр. absence* – отсутствие) [Calmeil L.F., 1824]. Кратковременное (от 2 до 20 с) угнетение или выключение сознания с последующей амнезией. Часто сопутствует генерализованным эпилептическим припадкам. А. может быть одним из вариантов эпилептической ауры или эквивалентом судорожного припадка. О простом А. говорят в тех случаях, когда помрачение или выключение сознания является единственным видимым клиническим симптомом, о сложном – при наличии сопутствующих симптомов.

**А. автоматизма** – характерны автоматизированные действия (непроизвольные движения губ или языка, стереотипные жесты потирания рук или приведения в порядок одежды, прически и т.п.).

**А. атипичный** (простой или сложный) отличается отсутствием на ЭЭГ двусторонних комплексов пик – волна с частотой 3 колебания в 1 с, не вызывается гипервентиляцией или прерывистым световым раздражением.

**А. атонический** – сложный А., характеризующийся утратой мышечного тонуса и медленным падением туловища.

**А. вазомоторный** – протекает с вазомоторными

феноменами.

**А. вегетативный** – характеризуется симптомами вегетативных расстройств.

**А. гипертонический** – сложный А., протекающий с повышением мышечного тонуса (откидывание головы, отведение глазных яблок кверху, иногда выгибание туловища назад).

**А. миоклонический** – сложный А., характеризующийся ритмическими двусторонними миоклоническими судорогами мышц лица и верхних конечностей.

**А. пролонгированный** – характеризуется длительным (до нескольких часов) помрачением сознания.

**А. ретрокурсивный** – вариант гипертонического А., при котором больной для сохранения равновесия делает шаги назад.

**А. ретропульсивный** – вариант гипертонического А., характеризующийся выгибанием туловища назад.

**А. субклинический** – характеризуется неполным выключением сознания, определяется на ЭЭГ.

**А. типичный** – простой или сложный А., сопровождающийся двусторонними симметричными комплексами пик-волна на ЭЭГ. Клинически отличается внезапным началом и окончанием, подрагиванием век или другими двусторонними клоническими феноменами, протекающими синхронно пикам на ЭЭГ.

**А. энуретический** – сложный А., характеризую-

щийся недержанием мочи.

**Абсанс-аура** (*фрabsence* – отсутствие, *греч. aura* – ветерок) [Воронков Г.Л., 1972]. Один из вариантов эпилептической ауры. В качестве ауры выступают абсансы, проявляющиеся клинически кратковременным выключением сознания и субклинически, при непосредственной электроэнцефалографической регистрации начала эпилептического припадка.

**Абсентизм** *(фр. absinthe* – полынная водка). Форма алкоголизма, при которой больные употребляют преимущественно полынную водку, абсент. Высказываются предположения относительно более раннего появления при А. и большей выраженности по сравнению с обычным алкоголизмом неврологической симптоматики, а также о большей частоте эпилептиформных припадков.

**Абстинент** *(лат. abstinentia* – воздержание). 1. Человек, сознательно воздерживающийся от приема алкогольных напитков и наркотиков. 2. Больной, находящийся в состоянии абстиненции (алкогольной, барбитуровой, гашишной, кодеиновой, морфинной и пр.).

**Абстиненция.** Синдром психических и физических расстройств, наступающих при внезапном прекращении поступления в организм больного алкоголя, наркотических и токсических веществ, по отношению к которым имеется токсикоманическая зависимость. Мо-

жет наблюдаться и при приеме препаратов, являющихся антагонистами к перечисленным. Наблюдается также при лечении бензодиазепинами и (реже) антидепрессантами.

Син.: синдром абстиненции.

**А. сексуальная.** Вынужденное, принудительное или сознательное, добровольное снижение половой активности, обычно ситуационно обусловленное. Может быть парциальной, при которой субъект прибегает к заменителям полового акта с оргазмом, и тотальной, характеризующейся полным отказом от сексуальной деятельности.

Син.: депривация сексуальная.

**Абузус** *(лат. abusus* – злоупотребление, излишество). Эпизодическое употребление (в течение одного или нескольких дней) большого количества алкогольных напитков или наркотиков, приводящее к выраженной интоксикации.

Син.: abusus in Baccho *(лат. Бахус* – бог вина).

**А. лекарственный.** Злоупотребление лекарственными средствами в количествах, превышающих лечебные дозы, и при отсутствии показаний к их применению.

Син.: фармакомания.

**Абулия** (*а + греч. bule* – воля). Нарушение воли, частичное или полное отсутствие желаний и по-

буждений к деятельности. А. может быть врожденной (при глубоких степенях олигофрении) или вследствие волевого снижения при некоторых психических заболеваниях (при депрессиях, ступорозных состояниях, органических поражениях головного мозга, особенно конвекситатно-лобной локализации, при шизофрении, некоторых формах наркомании). При сочетании А. с апатией говорят об апатико-абулическом синдроме, с обездвиженностью – об абулически-акинетическом синдроме.

**Авиафобия** (*лат. avis* – птица, *греч. phobos* – страх). 1. Навязчивый страх перед птицами. 2. Невротический страх перед путешествием в самолете.

Син.: самолетофобия.

**Авруцкого–Еникеева шкала оценки ремиссий при шизофрении** [Авруцкий Г.Я., Еникеев Д.Г., 1957]. Шкала для оценки шизофренической ремиссии соответственно трехмерной клинической типологии, включающей в себя показатели степени выраженности дефицитарной и продуктивной психопатологической симптоматики и клинический тип синдрома ремиссии. При этом учитывается диссоциированный характер клинического, социального и трудового аспектов ремиссий при шизофрении.

**Автоматизм** (*греч. automatos* – самопроизвольный). Осуществление функций отдельных органов и

систем вне видимой связи с побудительными импульсами извне, самопроизвольно, аутохтонно, без контроля воли, сознания.

**А. амбулаторный** (*лат. ambulatorius* – подвижный). Вариант сумеречного нарушения сознания, характеризующийся длительным бесцельным хождением больного с внешне упорядоченным поведением, правильным выполнением сложных целесообразных действий и последующей амнезией. Наблюдается при эпилепсии после судорожного припадка или как эквивалент его.

**А. аффективный** – разновидность А. психического, характеризуется возникновением чуждых больному эмоций, трактуемых им как результат воздействия извне.

**А. гипнотический.** Выполнение сложных действий, совершение целенаправленных и внешне упорядоченных поступков при гипнотическом сне.

**А. двигательный** – характеризуется проявлениями психического А. в двигательной сфере.

Син.: А. моторный, А. кинестетический, А. проприоцептивный.

**А. идеаторный** (*греч. idea* – представление, мысль). Насильственное появление мыслей, не обусловленных внешним воздействием. Разновидность автоматизма психического. Входит в состав синдрома

Кандинского–Клерамбо.

Син.: А. ассоциативный.

**А. командный.** Повышенная подчиняемость больного командам окружающих при полном отсутствии критичности. Наблюдается в гипнозе, при кататонической гипервнушаемости. В последних случаях, выполняя чьи-либо команды, приказания, больной способен к агрессивно-разрушительным действиям.

**А. психический.** *См. Кандинского–Клерамбо синдром.*

**А. сомнамбулический.** См. *Сомнамбулия.*

**А. Эпилептический** – непроизвольная двигательная активность, проявляющаяся во время или после эпилептического припадка, обычно амнезируемая. Это либо продолжение деятельности, совершавшейся в момент наступления припадка, либо проявление новой двигательной активности в связи с пароксизмальным нарушением сознания. Включает в себя и А. амбулаторный.

**Автоматизма психического галлюцинаторный вариант** [Гулямов М.Г., 1965]. Наблюдается при гриппозных психозах, протекающих с симптоматикой энцефалита, и при хроническом алкогольном галлюцинозе, не сопровождающемся бредом. Клиническая картина определяется выраженным вербальным галлюцинозом (простые и сложные слуховые галлюци-

нации), к которому на фоне ясного сознания присоединяются явления психического автоматизма (псевдогаллюцинации слуха, симптом открытости, наплыв или задержка мыслей, насильственное мышление, передача мыслей на расстоянии, отчуждение эмоций, сделанные сновидения, движения, совершаемые под влиянием извне). Характерно отсутствие бредовых идей воздействия, как и при синдроме психического автоматизма в клинике эпидемического энцефалита [Голант Р.Я., 1939]. Отсутствуют и симптомы сенестопатического автоматизма. Характерны сравнительно кратковременное течение и обратимость неврологической симптоматики при гриппозных психозах.

**Автономазия** (*греч. autos* – сам, *onome* – имя). Разновидность амнестической афазии, проявляющаяся в первую очередь в затруднениях при назывании имен людей.

**Автосимволизм** (*авто + греч. symbolon* – знак, символ). Возникновение символических представлений, отражающих актуальные в настоящий момент мысли, переживания. Рассматривается как вариант гипнагогических галлюцинаций.

**Агасфера синдром.** Описан Wingate P. [1951] у психопатических личностей с наклонностью к употреблению алкогольных напитков и другими наркоманическими тенденциями (в том числе и с явлениями

медикаментозной наркомании). Больные часто обращаются в различные больницы для получения наркотиков и медикаментов, к которым у них имеется пристрастие. При этом они сочиняют драматические истории о своем заболевании, иногда даже причиняют себе ранения для обоснования потребности в наркотиках. Назван по имени *Агасфера,* мифического вечного странника, персонажа многих легенд.

**Агглютинация** *(лат. agglutinatio* – склеивание). Сплавление в одно целое фрагментов различных мыслей, слов. Наблюдается при шизофрении (в частности, является одним из механизмов образования неологизмов) и при очаговых корковых нарушениях речи (приводит к образованию парафазии типа контаминации).

Син.: контаминация.

**Аггравация** *(лат. aggravare* – ухудшать, отягощать). Преувеличение больным реально существующей болезни. А. может быть активной, умышленной, сознательной и пассивной, когда усиливаются лишь отдельные проявления болезни, но больной не препятствует проведению лечения. Об А. подсознательной говорят в тех случаях, когда больной стремится вызвать сочувствие окружающих, привлечь их внимание. А. патологическая наблюдается у психически больных (чаще всего при истероидной психопатии),

стремящихся воспроизвести картину серьезного соматического заболевания.

**Агевзия** (*а + греч. geusis* – вкус). Нарушение восприятия вкусовых ощущений. Может наблюдаться при органических заболеваниях нервной системы с поражением вкусового анализатора, особенно центрального его отдела, либо при истерии. В некоторых случаях сопровождает бредовые переживания, главным образом бред отравления. При депрессиях входит в структуру синдрома отчуждения витальных чувств.

Син.: агейзия.

**Агейзия.** См. *Агевзия.*

**Агеразия** (*греч. а* – не + *geron* – старец). Чувство молодости, наступающее в старческом возрасте в связи с недостаточной критичностью к своему состоянию. Наблюдается вне клиники психического заболевания. См. *Симптом Феофраста.*

**Агипногнозия** (*а + греч. hypnos* – сон, *gnosis* – познание). Нарушение осознания сна. Больные жалуются на тяжелую бессонницу, хотя объективно, по наблюдениям окружающих, у них отмечаются периоды сна. Крайне тягостно переживается и плохо корригируется. Чаще всего наблюдается при поверхностном сне, во время которого больной не отключается полностью от происходящего вокруг.

Син.: гипнагнозия [Эпштейн А.Л., 1928].

**Агирия** *(а + анат. gyri cerebri* – извилины большого мозга). Недоразвитие коры головного мозга, отсутствие извилин больших полушарий.

**Агнозия** (*а + греч. gnosis* – познание). Нарушение узнавания предметов и явлений в состоянии ясного сознания и сохранности функций самих органов восприятия. Иногда при этом сохраняется правильное восприятие отдельных элементов опознаваемого объекта. А. может быть полной и частичной. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, захватывающих корковые зоны соответствующих анализаторов, зоны их представительства в головном мозге.

**А. акустическая** – проявляется нарушениями узнавания звуков, фонем и предметов по характерным для них звукам. Полная А. акустическая носит название душевной глухоты.

Син.: А. слуховая.

**А. болевая** – характеризуется нарушением восприятия болевых раздражений.

**А. зрительная (оптическая)** – характеризуется нарушением узнавания зрительных образов предметов и явлений [Lissauer H., 1889]. Различают следующие формы: 1) апперцептивную, в основе которой лежит нарушение зрительного синтеза отдельных признаков

– больной не может различить изображение и объединить его элементы в одно осмысленное целое; 2) ассоциативную, при которой больной хорошо различает зрительную структуру изображения, но не может назвать соответствующий предмет. Полная А. зрительная носит название душевной слепоты.

**А. на лица** [Bodamer J., 1947] – утрата способности узнавания знакомых лиц при непосредственном общении и на фотографии.

Син.: прозопагнозия, симптом Бодамера.

**А. обонятельная** – характеризуется нарушением узнавания предметов или веществ по типичному для них запаху.

**А. односторонняя пространственная** [Holme G., 1919; Brain W., 1941] – нарушение восприятия невербальных раздражителей (зрительных, тактильных, слуховых), исходящих из левой половины пространства.

Наблюдается при поражении задних отделов правого полушария – теменно-затылочных отделов коры и подкорковых образований [Корчажинская В.И., Попова Л.Т., 1977].

Входит в структуру Зангвилла и Гекена апрактагностических синдромов.

**А. пространственная** [Paterson A., Zangwill O., 1945] – форма оптической агнозии, характеризую-

щаяся потерей способности ориентироваться в пространстве, в расположении предметов и определять расстояние между ними. Наблюдается при очаговом органическом поражении головного мозга теменнозатылочной локализации.

Син.: геометрически-оптическая агнозия [Potzl O., 1928], слепота пространства [Kleist K., 1922].

**А. симультанная** [Poppelreiter W., 1923; Wolpert J., 1924] – характеризуется нарушением узнавания группы объектов как целого в их совокупности или ситуации в целом, в то время как отдельные объекты узнаются верно. Наблюдается при поражении передней части затылочной доли доминантного полушария.

**А. слуховая.** См. *А. акустическая.*

**А. тактильная** – характеризуется невозможностью определять предметы на ощупь, хотя отдельные их качества (форма, масса, температура поверхности) квалифицируются правильно. Отличается от других видов астереогноза – анхилогнозии (нарушено узнавание текстуры объекта, его массы, температуры) и аморфогнозии (нарушено узнавание формы объекта).

Син.: тактильная семантическая агнозия [Delay G., 1935].

**Агорафобия** *(греч. agore* – рыночная площадь, *phobos* – страх). Разновидность навязчивых стра-

хов. 1. Боязнь пространства, открытых мест, площадей, приводящая к тому, что больной не может самостоятельно перейти малолюдную улицу или площадь [Westphal C., 1871]. 2. Боязнь скопления людей [Cordes E., 1871].

Син.: топофобия.

**Аграмматизм** (*а + греч. grammata* – чтение, письмо). Нарушение способности пользоваться грамматическим строем речи. А. импрессивный обнаруживается затруднениями восприятия речи, устной и письменной, и наблюдается при сенсорной афазии. Для него типичны нарушения различения близких, оппозиционных, фонем (б-п, з-с, г-х). А. экспрессивный входит в структуру моторной афазии: неправильно используются падежи, склонения, предлоги, речь состоит преимущественно из существительных (жаргонафазия, «телеграфный стиль»). Наблюдается преимущественно при очаговых органических поражениях головного мозга (коры височной и лобной долей доминантного полушария). Сходные явления отмечаются и при шизофрении, что служило основанием для проведения аналогий между расстройствами речи при шизофрении и указанных формах афазии [Kleist K.], однако сходство этих речевых феноменов носит поверхностный характер, при шизофрении они отличаются нестойкостью, вариабельностью.

Син.: аграмафазия.

**Аграфия** (*а + греч. grapho* – писать). Нарушение способности писать при очаговых поражениях коры головного мозга. А. афатическая входит в структуру синдромов афазии и в соответствии с формой афазии отличается специфическими чертами [Лурия А.Р., 1950]. А. апрактическая наблюдается при идеаторной апраксии, А. конструктивная – при конструктивной апраксии [Kleist K., 1934]. А. моторная возникает в связи с параличами и нарушением способности писать. Выделяют также чистую А., возникающую вне связи с другими асемическими синдромами и обусловленную поражением задних отделов второй лобной извилины доминантного полушария [Exner S., 1881].

**Агрессивность** *(лат. aggressio* – нападение). Склонность некоторых психически больных к нападению на окружающих и нанесению им телесных повреждений, к разрушительным действиям. Объектом агрессии могут оказаться и неодушевленные предметы. Чаще всего возникает в результате галлюцинаторных и бредовых переживаний, импульсивных поступков кататоников. Наблюдается и при состояниях нарушенного сознания.

**Агрессия.** Один из механизмов психологической защиты. Понятие, введенное K. Horney для обозначения защиты от фрустрации агрессией, направлен-

ной не на фрустрирующий фактор, а на некий вторичный объект, ошибочно принимаемый за источник фрустрации. Примером этого является А. перемещения, наблюдающаяся в тех случаях, когда А. на реальный фрустратор нежеланна, может привести к тяжелым последствиям. К механизму А. перемещения относят негативизм, критиканство, отказ в сотрудничестве, если они направлены не на истинный источник фрустрации.

**Агрипния** *(греч. agrypnia* – бессонница). Нарушение сна, характеризующееся его поверхностностью, кратковременностью, частыми пробуждениями. Наблюдается при многих психических заболеваниях – шизофрении, эндогенных депрессиях, неврозах, неврозоподобных состояниях.

По А.М. Эпштейну [1928], агрипнический синдром – обозначение состояния похмелья, в клинической картине которого расстройства сна играют важную роль (бессонница, кошмарные сновидения, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации).

Син.: асомния, инсомния, диссомния.

**Адаптационный синдром** [Selye H., 1936]. Неспецифическая реакция защиты, вызываемая воздействием разнообразных внешних раздражителей, стрессоров. Стресс – состояние организма, определяемое этими неспецифическими изменениями и

рассматриваемое как попытка восстановить гомеостатическое равновесие. Различают три фазы общего А.с.: 1) реакция тревоги, «аларм», мобилизация; 2) стадия сопротивления, резистентности; 3) стадия истощения, когда исчерпываются адаптивные возможности. Ведущая роль в развертывании А.с. принадлежит гормонам; таким образом, из совокупности процессов, входящих в понятие стресса, разрабатывается только одно звено. В психиатрии также отмечаются попытки объяснить возникновение некоторых заболеваний, в первую очередь эндогенных, с позиции концепции стресса. Концепция Селье способствует углублению наших знаний о соматических основах шизофрении. Эта концепция сыграла важную роль в дальнейшей разработке учения Бонгеффера об острых экзогенного типа реакциях.

Особенности А.с. на кортикальном, психологическом уровнях могут соотноситься с Розенцвейга теорией фрустрации.

**Адаптация** *(лат. adaptatio* – приспособление). В биологии – приспособление строения и функций организма к условиям существования в окружающей среде, к меняющимся условиям функционирования. А. человека формируется в процессе его эволюции и направлена на сохранение постоянства его внутренней среды (гомеостазиса). Гомеостазис в значительной

мере зависит от состояния психики (см. *Кеннона таламическую теорию эмоций.* А. (реадаптация) является важным этапом в процессе реабилитации психически больных [М.М. Кабанов, 1978], следуя за этапом восстановительной терапии и предваряя реабилитацию в прямом смысле слова. В психиатрии различают А. психическую, под которой понимают приспособление психической деятельности человека к условиям окружающей среды, и трудовую (профессиональную), то есть приспособление человека к определенным формам трудовой деятельности (характеру труда и условиям производства), способствующее улучшению его трудоспособности. А. – один из основных критериев разграничения нормы и патологии в психической деятельности человека.

**Адаптивность.** Адаптационные возможности человека. В психиатрии А. в значительной мере определяется личностными особенностями человека и правильностью проведения адаптационно-реабилитационных мероприятий.

**Аддисона болезнь** [Addison Th., 1849]. Заболевание, в основе которого лежит поражение, деструкция мозгового вещества надпочечников, чаще всего туберкулезной этиологии. Происходит выключение или резкое снижение продукции глико– и минералокортикоидов. Характерны нарушения пигментации кожи

(«бронзовая болезнь»), похудение. Со стороны нервной системы – астения, частая головная боль. В некоторых случаях наблюдается острая экзогенная симптоматика. При длительном течении – характеропатические изменения, интеллектуально-мнестическое снижение.

**Адиадохокинез** (*а + греч. diadochos* – последующий, *kinesis* – движение) [Babinski J., 1899). Утрата возможности производить движения, требующие последовательных сокращений мышц агонистов и антагонистов: например, больному не удается быстрая смена противоположных движений – пронации и супинации, сгибания и разгибания. Симптом поражения мозжечка.

**Адинамия** *(греч. adinamia* – бессилие). Снижение активности больного, мышечная слабость, отсутствие готовности к какой-либо деятельности. Наблюдается при неврозах, катаплексии (см.). А. при катаплексии носит название аффективной, так как падение мышечного тонуса при этом связано с аффектами.

**Адипсия** (*а + греч. dipsa* – жажда). Отсутствие потребности в питье, утрата чувства жажды. Адипсию следует отличать от состояний, при которых отказ от употребления воды обусловлен бредовыми переживаниями, то есть от псевдоадипсии [Стоименов И., Рачев И., 1988].

**Адлера индивидуальная психология** [Adler A.]. Одно из направлений глубинной психологии, возникшее как следствие расхождения А. Адлера с З. Фрейдом, отрицающее присущий психоанализу пансексуализм и рассматривающее человека как существо социальное. Основное значение придается группе влечений «Я» – влечениям к власти, превосходству и самоутверждению. Невроз рассматривается как проявление тенденций преодоления чувства неполноценности и стремления к приобретению чувства превосходства.

Для лечения невроза, по Адлеру, необходимо вскрыть его скрытый психогенез, сущность «жизненного стиля» больного (невроз понимается не как болезнь, а как своеобразный характер), установить наличие ложных жизненных целей. Те или иные психопатологические проявления должны быть сопоставлены с соответствующими им фиктивными жизненными целями. Анализируя чувство неполноценности невротика, врач должен указать ему более верные и более совершенные пути компенсации. Стремлением к власти и превосходству объясняются все особенности поведения человека, преступность, а также клинические проявления психозов.

Индивидуальная психология пытается объяснить и ряд социально-политических явлений с позиций яко-

бы присущих человеку во все времена отношений конкуренции и борьбы за власть.

Основное средство индивидуально-психологической психотерапии Адлера – психоанализ.

Индивидуальная психология А. Адлера оказала влияние на развитие неофрейдизма в США.

**Адлера система психотерапии.** Метод психотерапии, базирующийся на теории индивидуальной психологии и психоаналитическом подходе к неврозам, рассматриваемым как следствие присущего больному чувства неполноценности. В преодолении последнего усматривается возможность приспособления пациента к действительности.

**Администратора синдром.** См. *Менеджера синдром.*

**Адреноблокаторы.** Фармакологические препараты из группы антиадренергических, действие которых обусловлено блокированием адренорецепторов, то есть нарушением взаимодействия медиатора с адренореактивными системами без нарушения образования медиатора и выделения его из нервных окончаний. Альфа-адреноблокаторы (фентоламин, пирроксан) в последнее время используются для лечения эндогенных депрессий как в сочетании с антидепрессантами, так и самостоятельно, при этом лучший эффект отмечается при анергических депресси-

ях, худший – при тревожно-депрессивных состояниях [Ю.Л. Нуллер, 1970]. Пирроксан широко применяется при различных проявлениях диэнцефальной патологии симпатико-адреналового типа. Бета-адреноблокаторы часто, особенно за рубежом, употребляются при лечении состояний тревоги, например, анаприлин (пропранолол).

Син.: адренолитики.

**Адренолейкодистрофия** [Siemerling E., Kreutzfeldt H.G., 1923]. Характеризуется сочетанием симптомов Аддисона болезни и Шильдера болезни. Заболевание начинается в детском, реже – в юношеском и зрелом возрасте признаками недостаточности надпочечников (меланодермия), к которым через несколько месяцев или лет присоединяется патология центральной нервной системы – снижается успеваемость в школе, появляются дизартрия, спастические парезы, нарастает деменция, в конечной стадии наблюдается децеребрационная ригидность. Морфологически – дистрофия коркового вещества надпочечников и грубые суданофильные явления распада в головном мозге (путамен, паллидум, таламус). Этиология неизвестна, наиболее обоснована гипотеза о генетически-семейном характере заболевания (патология Х-хромосом, рецессивный тип наследования). Болеют исключительно мужчины.

Син.: бронзовая болезнь со склерозирующим энцефаломиелитом, болезнь Аддисона–Шильдера, болезнь Зимерлинга–Крейтцфельда.

**Ажитация** (*лат. agitatio* – приведение в движение). Возбуждение, двигательное беспокойство, непрестанная потребность в движении. Нередко протекает с аффектом тревоги, страха. Наблюдается при многих психических заболеваниях – алкогольном делирии, кататонической шизофрении, эндогенной депрессии (ажитированная депрессия).

**Ажитофазия** (*лат. agitatio* – приведение в движение, возбуждение, *греч. phasis* – речь). Ускоренная, малопонятная речь, наблюдающаяся в состоянии речевого возбуждения, ажитации.

Син.: ажитафразия.

**Азафия** (*а* + *греч. saphes* – ясный). Неясная, неотчетливая речь. Нечеткое произношение.

**Айдомания** (*греч. aidoia* – половые органы, *mania* – болезненная склонность). Повышенное половое влечение у мужчин. Наблюдается главным образом при психических заболеваниях позднего возраста (инволюционных и атеросклеротических расстройствах психики, иногда – при старческом слабоумии).

Син.: сатириаз.

**Айзенка личностный опросник** [Eysenck H.J., 1964]. Широко распространенный опросник для ис-

следования личностных свойств. Исследуются факторы экстра-, интроверсии и нейротизма. Для интроверта определяющую роль играет мир представлений, для экстраверта – мир ощущений. По В.Н. Мясищеву [1926], эти типы личности определяются как заторможенный и возбудимый. Фактор нейротизма свидетельствует об эмоционально-психической устойчивости или неустойчивости. Количество вопросов различно в разных вариантах опросника. Для контроля в него введены вопросы по шкале лжи, отражающие тенденцию к демонстративности в ответах.

В последнем [1975] варианте А.л.о. содержится 101 вопрос, а в интерпретации ответов учитывается также фактор психотизма, то есть отклонение от психической нормы, предрасположение к психозу.

**Айзенка личностный опросник для детей** [Eysenck S., 1969]. Адаптированный для исследования детей старше 7 лет личностный опросник S. Eysenck. Содержит 60 вопросов, ответы на которые интерпретируются по шкалам интро– и экстраверсии, нейротизма и лжи.

**Айхмофобия** (*греч. aichme* – острые копья, *phobos* – страх). Навязчивый страх перед острыми предметами, их прикосновением к телу.

**Акайрия** (*а + греч. kairos* – надлежащая мера, норма). [Аствацатуров М.И., 1928]. Характеризуется про-

явлениями назойливости, навязчивости, прилипчивости. Больной многократно задает врачу одни и те же вопросы, хотя и получил уже ранее на них ответы. Объясняется рассогласованием моторной и вербальной инициативы при наличии общей психической ригидности. Первоначально была описана при постэнцефалитических состояниях, затем – при Гентингтона хорее, при паркинсонизме вследствие приема нейролептиков.

Ср.: Турзо симптом.

**Акалькулия** (*а + лат. calculo* – считать) [Henschen S.E., 1919]. Расстройства счета как симптом очагового значения, вне картины деменции. Характерны затруднения, связанные с переходом через десяток, утрата представлений о разрядной структуре чисел. В основе – нарушения симультивного синтеза [Лурия А.Р., 1962]. Локализация поражения – теменно-затылочная область доминантного полушария. Различают первичную и вторичную акалькулию, в зависимости от связи расстройств счета с другими нарушениями высших корковых функций.

Син.: дискалькулия.

**Акалькулия первичная** [Berger H., 1926]. Редкая форма акалькулии, при которой расстройства счета обнаруживаются сами по себе, независимо от других расстройств высших корковых функций. О вторичной

акалькулии говорят в тех случаях, когда расстройства счета входят в структуру нейропсихологического синдрома в сочетании с нарушениями памяти, афатическими симптомами, выраженными персеверациями.

**Акаматезия** (*а + греч. katamathesis* – полное знание). Полное непонимание обращенной к больному речи. Может быть обусловлено острым психотическим состоянием или же выраженной сенсорной афазией.

**Акарофобия** (*лат. acarus* – клещ, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх – боязнь заразиться чесоткой. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний.

Син.: скабиофобия.

**Акатаграфия** (*а + греч. katagrapho* – записывать). Нарушение письменной речи, при котором не соблюдается порядок слогов в слове или слов в предложении, происходят их перестановки. Наблюдается чаще всего при органических заболеваниях головного мозга с лобной локализацией поражения.

**Акатафазия** (*а + греч. kataphasis* – утверждение, согласие). Расстройство экспрессивной речи, проявление аграмматизма. Наблюдается в виде нарушений грамматической и синтаксической организации речи. Наблюдается при умственном недоразвитии степени имбецильности.

**Акатизия** (а + *греч. kathisis* – усаживание)

[Hashkovec L., 1901]. Неспособность длительное время сохранять одну и ту же позу, сидеть, лежать, чем-либо заниматься. Гашковцем А. была описана как истерический симтом типа астазии – абазии. F. Reymond и P. Janet [1902] рассматривали А. как психастенический симптом, близкий к «профессиональным тикам». Изучение клиники Экономо энцефалита показало, что А. часто наблюдается при органической церебральной патологии. Входит в состав ряда нейролептических экстрапирамидных синдромов. Соответственно степени выраженности экстрапирамидных расстройств различают синдром «беспокойства ног» (см. *Виттмаака–Экбома синдром),* акатизию, тасикинезию (см. *Тасикинезия* и, наконец, наиболее тяжелую форму двигательного беспокойства – турбуленцию [Siegwald J., 1959; Йончев В., 1981]. При А., как и при «беспокойстве ног», первичными являются мучительные ощущения, а движения носят характер вторичных, реактивных. Патогенез А. связывается с поражением ретикулярной формации ствола головного мозга.

**А. обездвиженная** [Йончев В., 1981]. Проявление экстрапирамидной патологии при нейролептической терапии. При переходе от стадии акатизии и тасикинезии к паркинсонизму возникают мучительно переносимые больным состояния, когда насильственная

потребность в движениях не может реализоваться из-за обездвиженности в связи с развитием паркинсонического ригора. Чаще всего наблюдается у молодых женщин, страдающих параноидной шизофренией, в начале лечения галоперидолом и, реже, левомепромазином (тизерцином). Типичная жалоба больных на «ужас в ногах».

**А. поздняя** [Weiner W.J., Luly E.D., 1983]. Осложнение при лечении нейролептиками, возникает уже после их отмены. Проявляется чрезмерной двигательной активностью вследствие выраженного общего беспокойства (чувство дискомфорта при медленной ходьбе, неприятные ощущения в коже и мышцах, внутренняя тревога, мышечная напряженность).

**Акинезия** (а + *греч. kinesis* – движение). Обездвиженность, неподвижность. Невозможность совершения волевых или автоматизированных движений при отсутствии парезов или параличей. Наблюдается при органических поражениях головного мозга лобной локализации, кататонических состояниях, депрессивном ступоре.

**А. болезненная** *(лат. A. algera* от *греч. algos* – боль) [Mobius P.J., 1891]. Симптом неподвижности тела из-за психически обусловленной боли, возникающей при движениях. Даже после исчезновения боли обездвиженность может сохраняться месяцами и го-

дами. Вначале синдром рассматривался как сугубо психогенный, чаще всего истерического генеза. Однако психически обусловленная боль (психалгия) наблюдается и при эндогенной депрессии, шизофрении.

**Акнефобия** (*греч. acne* – вид кожного заболевания, *phobos* – страх). Навязчивый страх перед появлением на коже угрей. Наблюдается главным образом в подростковом и юношеском возрасте. Иногда достигает степени дисморфофобии.

**Акоазмы** (*греч. akusma* – слышимое). Элементарные слуховые галлюцинации (шум, выстрелы, звон, стуки и т.п.). Наблюдается при шизофрении, симптоматических психозах, ауре эпилептической.

**д'Акосты синдром.** Возникает в высокогорных условиях в связи с пониженным атмосферным давлением. Характерны учащенное дыхание, цианоз, головная боль, головокружение, одышка, нарушение координации, слуха и зрения (гемералопия, расстройство цветовосприятия). Психические расстройства – апатия, безразличие, эйфория, сменяющаяся депрессией, расстройство сознания. Причина – гипоксия центральной нервной системы. Назван по имени *д'Акосты* [d'Acosta J.], испанского монаха-иезуита, который в 1590 г., будучи миссионером в Перу, описал этот синдром в условиях высокогорья и объяснил его возникновение влиянием разреженного воздуха.

**Акрибофобия** *(греч. akribo – точно знаю, phobos –* страх). Навязчивый страх, опасение не понять смысл прочитанного.

**Акроанестезия** *(греч. akron* – конечность, *an* – не, *aisthesis* – чувство, ощущение). Нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей. Наблюдается при ангиотрофоневрозах, полиневритах и истерии.

**Акрогидроз** *(акро + греч. hydros* – пот). Повышенная потливость ладоней и стоп. Наблюдается при неврозах, особенно при неврастении, а также у конституциональных астеников.

**Акрокинезия** *(акро + греч. kinesis* – движение). Нарушение движений (снижение подвижности или чрезмерная подвижность) в дистальных отделах конечностей. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, истерии, при синдроме беспокойства голеней.

**Акростезия** (акро + *греч. aisthesis* – ощущение). Повышенная чувствительность кожи конечностей, когда воспринимаются совершенно незначительные раздражения. Наблюдается при истерии.

**Акроцефалосиндактилия** *(греч. akros* – самый высокий, *kephale* – голова, *sin* – вместе, *daktilos* – палец) [Apert E., 1906]. Характерны башенный череп с резким уплощением затылка и нависающими лобны-

ми отделами, уродства строения лицевой части черепа (лунообразное лицо, деформированные ушные раковины, экзофтальм, гипертелоризм, седловидное переносье). Иногда – незаращение мягкого и твердого неба, недоразвитие верхней и прогнатизм нижней челюстей. Синдактилия на руках и ногах с дистальным слиянием мягких тканей и вовлечением костных структур, иногда один общий ноготь для нескольких пальцев. Атрофия зрительных нервов. Аномалии строения внутренних органов. Нарушения глазодвигательной иннервации. Умственное недоразвитие от легкой дебильности до идиотии. Явления психоорганического синдрома. Интеллект иногда не нарушен.

А. – врожденный, наследственно обусловленный (передача по доминантному типу) порок развития.

Син.: Апера синдром.

**Акупунктура** *(лат. acus* – игла, *punctum* – точка). Один из методов рефлексотерапии – нанесение раздражений уколами иглы в физиологически активных точках кожи, соответствующих проекции определенных органов и систем. Применяется при неврозах, часто в сочетании с психотерапией.

**Акустикофобия** *(греч. akustikos* – слуховой, *phobos* – страх). Появление мышечных судорог при воздействии слухового раздражителя. Наблюдается при бешенстве.

**Акцентуация** *(лат. accentus* – ударение). Усиление, заострение определенных психических свойств. K. Leonhard [1964, 1968] разработана концепция акцентуированных личностей. Выделяются отдельные черты личности (акцентуированные), которые сами по себе еще не являются патологическими, однако при определенных условиях могут претерпевать развитие в положительном или отрицательном направлении, достигая особой выраженности у психопатов и невротиков. Черты эти как бы являются заострением некоторых присущих каждому человеку неповторимых индивидуальных свойств. А. личности – промежуточное явление между нормой и психопатией. Выделяют десять типов А. характера и темперамента: гипертимность, склонность к застреванию аффекта, эмотивность, педантичность, тревожность, циклотимность, демонстративность, возбудимость, дистимичность (субдепрессивность), склонность к аффективной экзальтации. В патологии демонстративности соответствует истерическая психопатия, педантичности – ананкастическая психопатия, склонности к застреванию – паранойяльная психопатия, возбудимости – эпилептоидная психопатия. Отмечены сочетанные А. различных личностных свойств, в том числе интро– и экстраверсии.

А.Е. Личко [1977] рассматривает А. не в личност-

ном плане, а соотносит ее с характером, так как, по его мнению, личность является широким понятием, включающим в себя помимо характера и темперамента интеллект, способности, мировоззрение и т.д. У подростков он различает следующие типы А. характера: гипертимный, циклоидный, лабильный, астено-невротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный, смешанные.

Диагностика А. личности, характера основывается на данных клинического обследования и результатах психологического исследования с помощью опросников Шмишека, Литтманна–Шмишека, ПДО.

**Алалия** (*а + греч. lalia* – речь) [Delius, 1757]. Отсутствие речи или ее дефект при сохранности слуха и интеллекта. В зависимости от того, какая речь страдает – экспрессивная или импрессивная, различают А. моторную и сенсорную. Наблюдается в детском возрасте и обусловлена недоразвитием речевых областей коры больших полушарий головного мозга или их поражением во внутриутробном или раннем постнатальном периоде. При А. моторной дефектна или полностью отсутствует активная речь, понимание обращенной к больному речи не нарушено. В случаях А. сенсорной нарушено понимание речи при своевременном появлении речевой активности.

Син.: эфемия.

**Алгогаллюциноз** *(греч. algos* – боль, *лат. hallutinatio* – бред, видения) [van Bogaert L., 1934]. Непрерывно продолжающиеся фантомные боли в ампутированной конечности (см. *Фантом ампутированных.*

Син.: фантомные боли.

**Алголагния** *(алго + греч. lagneia* – похоть, сладострастие). [Screnk-Notzing, 1899]. Понятие, объединяющее садизм или бертранизм (см.), то есть активную А., и мазохизм (см.), то есть пассивную А. Перверсии, при которых половое возбуждение и удовлетворение достигаются лишь при нанесении боли партнеру или, наоборот, при ощущении боли лицом, подвергающимся истязаниям.

**Александера болезнь** [Alexander W.S., 1949]. Наследственное заболевание, проявляющееся в раннем детском возрасте. Тип передачи – аутосомно-рецессивный. Характерны нарушения метаболизма в астроцитах. Патологоанатомически – демиелинизирующая лейкодистрофия. Клинически – высокая температура, судорожные припадки, задержка умственного развития, прогрессирующая гидроцефалия, слабость мышечного тонуса, пирамидные знаки. У детей А.б. протекает катастрофически, смертельный исход наступает при явлениях децеребрационной ригидно-

сти и спастической тетраплегии. У взрослых течение заболевания более медленное, с остановками и ремиссиями.

**Александровского оценочная шкала** [Александровский Ю.А., 1970]. Шкала оценки степени выраженности психопатологической симптоматики и показателей клинического действия транквилизаторов, разработанная для сравнительного изучения эффективности последних при пограничных формах психических расстройств. Основана на многовекторном анализе действия транквилизаторов, позволяет дать количественную характеристику их эффективности. В качестве показателей фигурируют; эмоциональная возбудимость и аффективная насыщенность переживаний, повышенная раздражительность, повышенная истощаемость, навязчивости, расстройства психастенические, депрессивные, сенестоипохондрические, судорожные, засыпания, интрасомнические, постсомнические, вегетативные расстройства пароксизмального характера, миорелаксация, седация, активация.

**Алекситимия** *(а + греч. lexis* – речь, *thymos* – душа, настроение, чувство) [Sifneos P., 1972; Busow G., 1985]. Затруднения в передаче, психологическом описании своего состояния. Наблюдается при психосоматических заболеваниях, особенно при соматизиро-

ванных латентных депрессиях.

**Алексия** (а + *греч. lexis* – речь, слово) [Benedikt, 1865; Kussmaul A., 1877]. Форма оптической агнозии, характеризующаяся неспособностью понять смысл читаемого. Различают А. первичную и вторичную, входящую в структуру таких нейропсихологических синдромов, как афатические. Литеральная А. характеризуется неразличением отдельных букв; А. слогов (асиллабия) – невозможностью чтения отдельных слогов; вербальная – нарушением чтения слов. Наблюдается при локализации поражения в коре основания затылочной доли доминантного полушария, в ряде случаев процесс распространяется и на височную долю. Динамика синдрома А. – от литеральной, когда чтение еще возможно, но происходит с паралексиями и без понимания смысла прочитанного, до агностической, при которой буквы теряют свое символическое значение [Смирнов В.М., 1962].

Син.: словесная слепота, вербальная слепота.

**Алибидемия** (а + *греч. libido* – половое влечение, либидо). Отсутствие полового влечения.

**Алкоголизм** *(араб. al Kohol).* Систематическое злоупотребление алкогольными напитками в дозах, вызывающих алкогольное опьянение, хроническую интоксикацию. Различают острую интоксикацию алкоголем и хронический А. Первая проявляется эпизо-

дическими состояниями простого алкогольного опьянения различной степени выраженности. А. хронический характеризуется продолжительным употреблением спиртных напитков и протекает с явлениями психологической и биологической зависимости от алкоголя, изменениями толерантности к спиртному, появлением и развитием алкогольной деградации (психической и соматической)

Различают следующие стадии заболевания [Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1961, 1971, 1973]:

I. Начальная, или неврастеническая, – исчезает защитный рвотный рефлекс, появляется наркоманический синдром. Последний характеризуется усилением влечения к спиртному (см. *Еллинека симптом*, нарастанием психической зависимости от алкоголя и измененной реактивностью на него – растет устойчивость, обнаруживаются палимпсесты (см. *Палимпсест*.

II. Средняя, или наркоманическая, – характерно отсутствие количественного контроля над потреблением алкоголя, появление физической зависимости от алкоголя, одним из проявлений которой является абстинентный синдром (см. *Абстиненция*, максимальная толерантность, снижение личности. В этой стадии возможны алкогольные психозы (делирий, острый алкогольный галлюциноз).

III. Исходная, или энцефалопатическая, – характер-

ны падающая толерантность, грубое снижение личности, нарастание алкогольной деменции. Типичны затяжные, хронические психозы, часты неврологические осложнения, Гайе–Вернике и Корсакова энцефалопатии.

И.Н. Пятницкая [1988] выделяет предшествующую первой продромальную стадию. Продром отличается от I стадии тем, что влечение к спиртному лишь начинает формироваться, существуют естественные ограничители интоксикации, в состоянии опьянения отмечается устойчивость функций (эмоциональная стабильность), отсутствуют палимпсесты Отмечается подьем жизненного тонуса, на фоне которого проявляется дисхроноз, искажение суточного цикла.

Классификация А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой наиболее часто используется в отечественной наркологии. Наряду с ней широко известны и др.

При классификации по И.В. Стрельчуку [1966] различают: I стадию, легкую (появление влечения к алкоголю, потеря контроля, возросшая устойчивость к алкоголю, функциональные нарушения нервно-соматической и психической сферы при сохраненной трудоспособности); II стадию, среднюю (увеличение влечения к алкоголю и толерантности, утяжеление нервно-психических и соматических нарушений, появление абстинентного синдрома); III стадию, тяжелую

(интолерантность, изменение характера опьянения, появление амнестических форм опьянения, усиление влечения к алкоголю, большая тяжесть абстинентного синдрома, появление необратимых нервно-психических и соматических нарушений).

В основе классификации Еллинека [Yellinek E.M., 1962] лежат различные сочетания таких факторов, как этиологические моменты, форма и скорость появления осложнений и степень прогредиентности. Выделяют пять форм А.: 1. Альфа-А. – порожден психической ранимостью пациента. Является симптоматическим алкоголизмом по классификации Найта. Отсутствуют погредиентность, абстинентный синдром. Больной может самостоятельно прекратить злоупотребление алкоголем; 2. Бета-А. – обусловлен социальными условиями (имеются в виду жители стран с развитым виноградарством, где пьянство не преследуется обществом). Осложнения связаны с недостаточным питанием. Прогредиентность отсутствует, не выражен абстинентный синдром. Количество употребляемого пациентом алкоголя, как и при альфа-алкоголизме, контролируется; 3. Гамма-А. – возникает в связи с психической ранимостью пациента, но в отличие от предыдущих вариантов выражены психологическая и физиологическая зависимость от алкоголя, абстинентный синдром, потеря контро-

ля над количеством выпиваемых напитков, неудержимое влечение к употреблению алкоголя, нарушение поведения, прогредиентность. 4. Дельта-А. – развивается вследствие психической ранимости и социальных влияний. Характерны физическая зависимость, неспособность воздержаться от спиртного более суток, абстинентный синдром, слабая прогредиентность; 5. Эпсилон-А. – периодическое пьянство. Сопровождается тяжелыми осложнениями.

Недостатки последней классификации – отсутствие динамической оценки клинических проявлений и акцентирование на различиях между формами А. при минимуме внимания к выявлению общности между ними [Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973].

Син.: алкогольная болезнь, этилизм, алкогольная токсикомания.

**Алкоголизма диагностическая формула** [Канторович Н.В., 1933]. Характеристика алкогольной патологии, учитывающая такие факторы, как тип опьянения, дополнительные особенности опьянения, форма и стадия алкоголизма, алкогольный стаж, субъективные причины алкоголизма, степень социальной декомпенсации, осложнения.

Используется для индивидуализированной оценки страдающего хроническим А.

**Алкогольная эмбриопатия** *(греч. embrion* – утроб-

ный плод, зародыш, *pathos* – болезнь, страдание) [Jones K.L., Smith D.W., 1973]. Патология детей, родившихся от пьющих матерей: пре– и постнатальная недостаточность роста, задержка в физическом и психическом развитии, черепно-лицевые уродства (микроцефалия, короткие и узкие глазные щели, эпикантус, гипоплазия верхней или нижней челюсти, расщелины неба, микрогнатия). Наблюдаются также аномалии суставов, изменения рисунка ладонных складок, врожденные пороки сердца, аномалии наружных половых органов, капиллярные гемангиомы, нарушения тонкой моторики. Умственная отсталость различной степени. Степень выраженности коррелирует с тяжестью алкоголизма матери [Куниковская Л.С., 1980].

**Алкогольный бред ревности** [Nasse Ch.F., 1877]. Бредовой психоз, наблюдающийся при хроническом алкоголизме и характеризующийся преобладанием в клинической картине систематизированного бреда ревности.

**Аллана–Касворта–Дента–Вильсона синдром** [Allan J., Casworth D.C., Dent C.E., Wilson V.K., 1958]. Форма олигофрении. Характерна аминоацидурия – с мочой выделяются в повышенном количестве аминокислоты. Заболевание носит семейно-наследственный характер (аутосомно-рецессивный тип передачи).

**Аллегоризация ощущений** (*греч. allegoria* – аллегория, иносказание). Истолкование больным испытываемых им ощущений, истинных и мнимых, в соответствии с бредовыми переживаниями. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

**Аллегорическая речь** [Neisser C.]. Особая форма построения неологизмов. О происшествии говорится иносказательно, одним словом или кратким словесным оборотом, специфическим выражением. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

**Аллергия психическая** (*греч. allos*– другой, иной, *ergon* – действие). Термин для обозначения состояний психической сенсибилизации, особой предрасположенности к психической травме (травмоцептивность). См. также *Анафилаксия психическая.*

**Аллопсихическая ориентировка** *(алло + греч. oriens* – восток). Ориентировка в окружающем. См. *Аутоориентировка.*

**Аллотриосмия** *(греч. allotrios* – чуждый, другой, *osme* – запах). Нарушение восприятия запахов, обоняния. Наблюдается в форме обонятельных иллюзий и галлюцинаций.

**Аллотриофагия** *(греч. allotrios* – чуждый, другой, *phagein* – есть, питаться, поедать). Употребление в пищу несъедобных, необычайных веществ (земли, глины, кала). Наблюдается при глубоком слабоумии

и исходных состояниях шизофрении, а также у психопатических личностей на высоте аффективных реакций. См. *Копрофагия.*

**Аллохейрия** *(греч. allos* – другой, *cheir* – рука). Симптом нарушения чувствительности. При нанесении раздражения на кожу конечностей в одной стороне тела оно воспринимается симметрично на другой стороне. Наблюдается при органических поражениях центральной нервной системы (спинная сухотка, рассеянный склероз) и при истерии. Рассматривается как расстройство схемы тела.

Син.: аллохирия, аллоэстезия.

**Алогия** *(греч. а* – не, *logos* – мысль, разум, суждение). Расстройство мышления, характеризующееся грубыми нарушениями его логичности: суждения вовсе не следуют законам логики. Наблюдается при тяжелых психотических состояниях или глубоком умственном недоразвитии, а также при редукции моторной афазии.

**Альбатроса синдром.** Наблюдается у психопатических личностей, страдающих пристрастием к приему некоторых лекарственных средств, и заключается в преследовании ранее лечившего или оперировавшего их врача, в вымогании у него анальгетиков, наркотиков, иногда в требовании повторной операции. Характерны жалобы на непрекращающуюся сла-

бость, болевые ощущения, частую рвоту. Рассматривается как вариант Мюнхгаузена синдрома [Wermut W., 1980]. Описан F.A.C. Johnstone [1967] и назван по имени персонажа «Сказания о Старом Мореходе» Сэмюэля Тэйлора Кольриджа, английского поэта-романтика XIX в. *Альбатрос* – спутник моряков, птица добрых предзнаменований – был убит Старым Мореходом, что повлекло за собой страшную кару.

**Альперса синдром** [Alpers B.J., 1931], Наблюдается в детском возрасте и характеризуется наличием локальных или генерализованных судорог, миоклонических проявлений, хореоатетоза и тремора мозжечкового генеза. Иногда – амавроз. Течение катастрофическое, быстрое, с образованием глубокого слабоумия. Чем в более раннем возрасте началось заболевание, тем скорее наступает смерть при явлениях децеребрации и эпилептического статуса. Заболевание наследственное (аутосомно-рецессивный тип передачи).

Син.: прогрессирующая диффузная дегенерация серого вещества головного мозга, семейная дегенерация серого вещества головного мозга в детском возрасте.

**Альтернирующий** *(лат. alterno* – чередоваться). Чередующийся, попеременный. Например, тип течения психического заболевания, характеризующийся

поочередной сменой фаз (маниакальной и (или) депрессивной при МДП и т.д.).

**Альфа-волны.** Колебания суммарного потенциала головного мозга, характеризующиеся частотой 8-12 колебаний в 1 с и амплитудой до 50 мкВ, с наибольшей отчетливостью выявляющиеся в затылочных отделах головного мозга в состоянии бодрствования.

Син.: волны Бергера [Berger H., 1929], альфа-ритм.

**Альфа-индекс** [Piotrowski L.A., 1965]. Сумма критериев для диагностики шизофрении на основании ответов по тесту Роршаха: количество целостных ответов не превышает 6; сумма целостных ответов больше суммы ответов цвета; наличие «темного шока»; ответы по типу нечетко очерченных форм составляют менее 70 %. Точность диагностики шизофрении на основании альфа-индекса, по автору, достигает 83–91 %.

**Альцгеймера болезнь** [Alzheimer A., 1906]. Заболевание из группы пресенильных деменций. Атипичная, относительно рано (в предстарческом возрасте) наступающая форма старческого слабоумия. Возможно и более позднее начало, в старческом возрасте [Жислин С.Г., 1956]. От клиники старческого слабоумия отличается более выраженной очаговостью психопатологической симптоматики. Вначале характерны изменения личности по сенильному типу,

прогрессирующее ослабление памяти. Деменция глобарная, однако длительное время сохраняется чувство своей несостоятельности. Очаговые расстройства речи, гнозиса, праксиса, счета, письма. Типична динамика афатических расстройств: амнестическая, затем сенсорная афазия с последующим присоединением моторной. Наблюдается логоклония. Рассеянная неврологическая симптоматика, эпилептиформные припадки. Экстрапирамидные (акинетико-ригидные) явления наблюдаются главным образом в исходной стадии, завершающейся состоянием психического и соматического маразма, кахексией, контрактурами. Патологоанатомически – диффузная атрофия коры большого мозга, особенно выраженная в височных и лобных долях. Гистологически – атрофия клеток коры, большое количество сенильных бляшек, альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл. Относится к наследственным заболеваниям с аутосомно-доминантным фенотипом. Имеются данные о мультифакториальном характере наследования [Sjogren T., Sjogren H., Lindren A., 1962].

**Альцгеймера синдром.** См. *Гаккебуша–Гейера–Геймановича болезнь.*

**Альцгеймеризация старческого слабоумия.** Появление на поздних этапах старческого слабоумия очаговых корковых расстройств (афатических, агно-

стических, апрактических и др.), характерных для Альцгеймера болезни. По мнению некоторых исследователей [Жислин С.Г., 1956], может рассматриваться как поздний вариант Альцгеймера болезни.

**Альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл** [Alzheimer A., 1906] – утолщение нейрофибрилл, более сильно импрегнирующихся и спиралеобразно извивающихся. Пораженные нейрофибриллы образуют клубки, завитки, спирали. Ядра нервных клеток сморщиваются и распадаются, вместо клетки остается клубкообразный пучок фибрилл. Обнаруживается при исследовании по Бильшовского методу.

Типично для старческого слабоумия и Альцгеймера болезни, однако может наблюдаться и при других заболеваниях (постэнцефалитический паркинсонизм).

**Аматофобия** *(греч. amathos* – пыль, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь пыли.

**Амбивалентность** *(лат. ambi* – вокруг, с обеих сторон, *valens* – сильный) [Bleuler E., 1911]. Понятие, введенное для обозначения одного из существенных признаков шизофрении – склонности отвечать на внешние раздражители двоякой, противоположной, антагонистической реакцией. Различают три вида А.: 1) в аффективной сфере – одно и то же представление сопровождается и приятными и неприятными чувствами; 2) области воли – амбитендентность, двой-

ственность поступков, действий, движений; 3) в области интеллектуальной деятельности – одновременное возникновение и сосуществование мыслей противоположного характера. K. Spett [1949] как проявления А. в мышлении и двигательной экспрессии различал амбитенденцию и амбисентенцию. У больного обнаруживаются одновременно проявляющиеся противоречивые или противопоставляемые суждения, амбитендентные проявления в движениях, мимике, жестах. Эти расстройства типичны для больных шизофренией, но могут наблюдаться и при некоторых интоксикациях, например мескалином.

**Амбидекстрия** (*лат. ambi* – вокруг, с обеих сторон, *dexter* – правый). Равные возможности использования левой и правой руки. А. может быть врожденной и приобретенной вследствие систематических упражнений, чаще всего у левшей.

**Амблинойя** (*греч. amblis* – тупой, слабый, *nus* – ум, разум). Болезненная затрудненность принятия каких-либо решений. Наблюдается при психастении, существенно отличается от амбивалентности при шизофрении.

Син.: амблиотимия, амбитимия.

**Амблиопия** (*греч. amblis* – тупой, слабый, *opsis* – зрение). Понижение зрения, слепота функционального генеза, без органического поражения зрительного

анализатора. Наблюдается при истерии, часто в сочетании с другими функциональными симптомами – нарушением светоощущения, светобоязнью, сужением поля зрения и т.п.

Син.: истерический амавроз, истерическая слепота, психогенная слепота.

**Амбрумовой концепция суицидального поведения** [Амбрумова А.Г., 1971]. Основана на системном рассмотрении личностных параметров и социальных ситуаций, в которых данная личность фигурирует. Суицид рассматривается как проявление социально-психологической дезадаптации личности (на непатологическом или патологическом уровнях) при наличии неразрешимых микросоциальных конфликтов. Уровень вероятности реализации суицидальных тенденций зависит от сочетания ряда факторов – от уровня типологической готовности личности, наличия «горячей точки» или «западения» (то есть узловых моментов в биографии суицидента), от стрессовой (конфликтной) ситуационной нагрузки. Нарушения взаимоотношений личности и среды могут происходить как за счет внутриличностных изменений, так и в связи с изменениями в сфере ближайшего социального окружения (например, семьи). Рассматривая суицидальное поведение в клинико-психологическом аспекте, А.к.с.п. учитывает взаимодействие факторов

риска трех основных уровней – психопатологического, индивидуально-личностного и ситуационно-средового; она применима для понимания механизмов суицида как среди страдающих психозами и пограничными психическими нарушениями, так и среди практически здоровых лиц.

**Аменомания** *(лат. amoenus* – приятный, веселый, *греч. mania* – помешательство) [Rush B.]. Один из старых терминов для обозначения маниакальной фазы МДП. Радостная, веселая мания, характеризующаяся блаженным отношением к окружающему.

**Аменорея** *(a + греч. men* – месяц, *rhoia* – течение). Отсутствие месячных не менее чем в течение полугода. У психически больных наблюдается при эндогенных психозах, вследствие психогений в рамках психогенных психозов, а также при эндокринном психосиндроме.

**Аменция** *(a + лат. mens* – ум, мышление, рассудок). [Meinert Th., 1881]. Синдром расстроенного сознания, состояние острой спутанности. Основные признаки – полная дезориентировка в месте, времени, собственной личности, бессвязность мышления, повышенная отвлекаемость, наличие аморфных, нестойких иллюзий и галлюцинаций, отрывочные бредовые переживания, растерянность, пугливость, неадекватная эмоциональность. Иногда длительное

беспокойство (обычно в пределах постели). По выходе из А. – амнезия. Развивается чаще всего вследствие тяжелых и длительных, истощающих организм соматических заболеваний.

В качестве особых вариантов выделяют А. галлюцинаторную (в сочетании с яркими галлюцинаторными переживаниями) и кататоническую (с выраженными двигательно-волевыми расстройствами, близкими к кататоническим). Th. Meinert первоначально [1881] назвал А. острой галлюцинаторной спутанностью и лишь затем, в 1890 г., ввел понятие А., границы которой значительно расширил, рассматривая ее как самостоятельный психоз.

См. *Сознания расстройства.*

**Амимия** *(а + греч. mimia* – подражание). Нарушение мимики, наблюдается при поражениях лицевых нервов, паркинсонизме, ступоре кататоническом, синдроме нейролептическом, идиотии и т.д. При паркинсонизме А. – одно из проявлений моторных компонентов эмоциональных реакций и входит в синдром общей акинезии. А. наблюдается также при органических поражениях головного мозга лобной локализации («лобный синдром»), свидетельствуя о нарушениях эмоциональной сферы.

**Амиостения** *(а + греч. myos* – мышца, *sthenos* – сила). Мышечная слабость. Наблюдается при органи-

ческих заболеваниях ЦНС и неврозах (астеническом, истерическом).

**Амитал-кофеиновая проба.** Растормаживание с помощью введения кофеина (2 мл 10%-ного раствора) и через 20–30 мин амитала натрия (20–30 мл 2%-ного раствора в клизме или 5-10 мл 5%-ного раствора внутримышечно), часто кофеин и амитал натрия вводятся внутривенно в одном шприце. Применяется с диагностической целью при ступорозных состояниях (кататонических и реактивных); в периоде растормаживания больной становится доступным контакту, что позволяет врачу проникнуть в сущность его болезненных переживаний. После стадии растормаживания, используемой для беседы с больным, наступает сон.

Син.: барбамил-кофеиновая проба.

**Амихофобия** *(греч. amyche* – царапать). Навязчивый страх повреждения кожи. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психастении.

**Амнезия** *(а+ греч. mnesis* – воспоминание). Отсутствие памяти, утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

**А. антероградная** *(лат. anterius* – прежде, до, *gradior* – ходить, идти) – распространяется на период, наступающий непосредственно после нарушения сознания или болезненного психического состояния.

**А. антероретроградная** *(лат. retro* – позади, после) – сочетание А. антероградной и ретроградной.

**А. аутогипнотическая** *(греч. autos* – сам, *hypnos* – сон) [Jung C.] – функциональная А., характеризующаяся забыванием вследствие вытеснения.

**А. динамическая** *(греч. dinamis* – сила) [Charcot J.M., 1892] – А. функциональная, чаще всего истерического происхождения, при которой забытое больным вспоминается в гипнотическом состоянии. Противоположна А. органической, при которой забытое не может быть экфорировано в гипнотическом состоянии.

**А. инфантильная.** Психоаналитический термин, обозначающий первые три-четыре года жизни, о которых обычно не сохраняется воспоминаний.

**А. кататимная** *(греч. katathymo* – падать духом, унывать) – А. только на определенные, личностно значимые события и лица.

**А. конградная** *(лат. con* – совместно *, gradior* – идти) – А. на период времени, соответствующий нарушению сознания или болезненному психическому состоянию.

**А. лакунарная** *(лат. lacuna* – углубление, яма) – облегченный вариант А. конградной, при котором нарушения памяти носят неглубокий характер. Наблюдается обычно при нерезко выраженных расстрой-

ствах сознания (например, при делирии, онейроиде) и при истерии.

Син.: А. частичная, очаговая.

**А. негативистическая** – обусловлена внутренним сопротивлением больного воспроизведению отдельных фактов, событий, лиц и т.п. Может быть проявлением негативизма, аутизма.

**А. периодическая** – неоднократно повторяющаяся А. на ограниченные промежутки времени.

Син.: А. эпизодическая.

**А. постгипнотическая** – возникает в связи с постгипнотическим внушением на образы, представления и события, указанные гипнотизирующим.

**А. прогрессирующая** – распространяется от более поздних запасов знаний к ранее приобретенным в соответствии с законом Рибо.

**А. ретардированная** – вариант А. конградной, наступающей не сразу, а через некоторое время после нарушенного сознания или психотического состояния.

**А. ретроградная** (*лат. retro* – позади, *gradior* – идти) – охватывает период, предшествующий расстройству сознания или психотическому состоянию.

**А. ретроградная периодическая** [Бехтерев В.М., 1900] – характеризуется приступообразно возникающими состояниями А. ретроградной (ретроактивной –

по современной В.М. Бехтереву терминологии). Характерна полная сохранность ориентировки во времени, месте и собственной личности. Больной жалуется на тягостно переживаемое чувство запамятования того, что было с ним за несколько часов до приступа (в пределах суток). После приступа – А. по отношению к пережитому. Описана при органических заболеваниях головного мозга (в отдаленном периоде после перенесенного инсульта) и рассматривалась как эпилептиформная по своему генезу.

**А. транзиторная глобальная** [Bender M.B., 1956; Fischer C.M, Adams B.D., 1958] – характерна преходящая полная А., охватывающая события прошедшего дня или даже недели. Редукция амнестических расстройств происходит в течение нескольких часов, остается пробел в воспоминаниях относительно времени начала болезненных проявлений вплоть до полного восстановления памяти. Наблюдается обычно однократно. Причины не известны, предположительно можно говорить о преходящей локальной ишемии ткани мозга в связи с транзиторными нарушениями мозгового кровоообращения, в первую очередь в бассейне базилярной артерии.

**А. фиксационная** – характеризуется невозможностью запомнить происходящее. Например, больному называют имя и отчество собеседника, задают ка-

кой-нибудь отвлекающий вопрос и тут же переспрашивают о них. Как правило, больной утверждает, что их ему не называли.

**А. эпохальная** – возникает обычно вследствие шоковых состояний и тотальной утраты памяти на события длительных периодов прошлого – месяцы, годы, иногда на всю предшествовавшую жизнь.

**Амнестические транзиторные эпизоды.** Наблюдаются у лиц в возрасте 45–70 лет и длятся от часа до суток. Рассматриваются как неэпилептические цереброваскулярные приступы, приводящие к нарушениям деятельности лимбических структур [Frank, 1981; Жмуров В.А., 1988].

**Амок** (*малайск. amok* – бешеный). Острый психоз, наблюдающийся у аборигенов Малайских островов. После периода дисфории, а иногда минуя его наступает сумеречное состояние сознания с агрессивно-разрушительными действиями, затем – амнезия. По E. Kraepelin, А. является психозом эпилептического круга. F. Minkowska [1935] считала, что А. является выражением дефензивно-эксплозивной пропорции, характерной для глишроидии (эпилептоидии): накопление вязкого аффекта, его стаз, и аффективный эксплозивный разряд.

**Амтхауэра тест структуры интеллекта** [Amthauer R., 1953]. Один из психометрических психологиче-

ских тестов для исследования интеллекта. Направлен на исследование вербального интеллекта (индуктивное мышление, комбинаторика, формирование суждений), счетно-математических способностей, пространственного представления и сохранения в памяти усвоенного материала. Состоит из девяти субтестов. Помимо оценки уровня интеллекта дается характеристика его структуры по профилю успешности выполнения отдельных субтестов. Предназначен для исследования лиц в возрасте от 13 лет до 61 года. В СССР был адаптирован Х.И. Лийметсом, Ю.Л. Сыэрдом, К.Ю. Тоймом [1974].

**Амузия** *(а + греч. musikos* – музыкальный) [Steinhals, 1871 ]. Нарушение способности понимать и исполнять музыку (вокальную и инструментальную), писать и читать ноты. Нередко сочетается с агнозией слуховой. Об А. можно говорить в тех случаях, если такие способности раньше были присущи больному. Различают А. моторную и сенсорную. Сенсорная амузия, при которой невосприимчивость к музыке сочетается с относительной сохранностью способности ее исполнения, наблюдается при поражении поля 22 (по Бродману). Двигательная (вокальная) амузия, при которой оказывается утраченной способность исполнения музыкальных произведений при сохранности их восприятия, связана с поражением поля 45.

А. следует отличать от апрактических расстройств, приводящих к невозможности игры на музыкальных инструментах.

**Амфитимия** *(греч. amphi* – вокруг, с обеих сторон, *thymos* – настроение, душа) [Hellpach W., 1919]. Обозначение смешанного аффекта при циркулярном психозе, одновременного существования противоположных аффективных состояний, длящихся известное время, а в некоторых случаях определяющих всю клиническую картину. См. *Гагена–Крепелина смешанные состояния.*

Термин «амфитимия» употребляется и в другом понимании, для обозначения психогенно-истерической депрессии с меняющейся интенсивностью аффективных симптомов [Blitzstein, 1936].

**Анаболические препараты** *(греч. anabole* – подъем). Лекарственные препараты, способные стимулировать синтез белков в организме. Приводят к улучшению аппетита, увеличению массы мышц и тела в целом, улучшают общее состояние больных, ускоряют кальцинацию костей. При их назначении питание больного должно включать адекватные количества белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ.

Назначаются при кахектических состояниях, астениях различного генеза. Различают А.п. нестероид-

ные (оротат калия и др.) и стероидные (неробол, феноболин и др.). Последние являются синтетическими производными стероидов, обладают избирательной анаболической активностью при минимально выраженном андрогенном эффекте.

Син.: анаболики, анаболизанты.

**Аналгезия табетическая.** Отсутствие болевой чувствительности, сочетающееся с выпадением болевой чувствительности. Наблюдается при спинной сухотке.

**Аналгетики** *(греч. an(a)* – не, *algesis* – ощущение боли). Лекарственные вещества, обладающие болеутоляющим действием (морфин, промедол, амидопирин, ацетилсалициловая кислота и др.). Многие из них обладают эйфоризирующим эффектом, что при неосторожном их применении приводит к наркоманическим тенденциям (аналгетомания).

**Аналептики** (*греч. analepticos* – укрепляющий, восстанавливающий). Лекарственные препараты, стимулирующие деятельность ЦНС, главным образом за счет повышения возбудимости дыхательного и сосудодвигательного центров (коразол, камфора, кордиамин, бемегрид, цитилон, лобелин и др.).

**Анализ** *(греч. analysis* – разложение, расчленение). Процесс разложения целого на части.

**Анализ структурный** [Kretschmer E., 1918, 1922;

Birnbaum B., 1919]. Анализ картины психоза с позиций соотношения роли множества участвующих в ее построении факторов – этиологических, патогенетических, патопластических и предрасполагающих. Оцениваются структура и динамика психоза в каждом конкретном случае и выделяется, помимо этиопатогенетических моментов, значение возраста, пола, конституционально-типологических особенностей личности, влияние окружающей среды. Учитывается соответствие или несоответствие характера психогении структуре личности (см. *Ключевые переживания*. Типичный пример А.с. – бред сенситивный отношения по E. Kretschmer.

В структуре психоза различаются моменты эндогенные, экзогенные, психогенно-реактивные, соматические, функциональные и органические. Их соотношение определяет нозологическую индивидуальность психоза. Такое понимание структуры психоза приводит к необходимости сложного диагноза, многомерной, полидименсиональной диагностике.

**Анализатор.** Функциональное образование ЦНС, осуществляющее восприятие и анализ информации о явлениях, происходящих во внешней среде и самом организме. Деятельность А. осуществляется определенными мозговыми структурами. Понятие введено И.П. Павловым, согласно концепции которого А. со-

стоит из трех звеньев: рецептора; проводящих импульсы от рецептора к центру афферентных путей и обратных, эфферентных, по которым импульсы идут из центров на периферию, к нижним уровням А.; корковых проекционных зон. Физиологические механизмы деятельности анализаторов изучались П.К. Анохиным, создавшим (см.) концепцию функциональной системы.

Различают А.: болевой, вестибулярный, вкусовой, двигательный, зрительный, интероцептивный, кожный, обонятельный, проприоцептивный, речедвигатеяьный, слуховой.

**Анальная фаза** *(лат. anus* – задний проход). Психоаналитический термин для обозначения фазы развития полового влечения (либидо), когда основное эротическое значение принадлежит эмоциям, связанным с дефекацией. Соответствует возрасту 1–3 года и сменяет оральную фазу. Анальная зона (слизистая прямой кишки и ануса), по З. Фрейду, в дальнейшем утрачивает свое эрогенное значение, за исключением случаев формирования половых извращений (гомосексуализм).

**Анамнез** *(греч. anamnesis* – воспоминание). Совокупность сведений о больном, развитии у него болезни, окружающей среде, получаемых путем расспроса самого больного (субъективный А.) и окружающих его

лиц (объективный А.). Различают А. психиатрический (особенности психического развития, преморбидные черты личности, наследственность, круг интересов и увлечений, успеваемость в учебном заведении, наличие вредных привычек и т.д.), социальный (бытовые условия, характеристика социальной микросреды, взаимоотношения в коллективе, общественное положение), фармакологический (лекарства, получаемые больным и их эффективность, побочные явления, непереносимость по отношению к некоторым препаратам), эпидемиологический (сведения о наличии в местности, где больной проживал, инфекционных заболеваниях, которые могли бы дать основания для предположения о возможности возникновения у него инфекционного психоза). В А. психиатрический входят и выделяемые как самостоятельные разделы А. болезни, жизни, наследственный, семейный.

**Ананказм** *(греч. anankasma* – принуждение) [Donath G., 1897]. Явление, обусловленное автоматизмом навязчивых идей, их доминированием в психике больного и распространением на двигательную сферу с образованием навязчивых ритуалов.

Разновидность навязчивых состояний, выявляющихся в переживаниях и действиях, возникающих вне ситуаций, когда эти действия были бы адекватны: например, навязчивое мытье рук. Наблюдается

у тревожно-мнительных, инертных, педантичных личностей, часто в рамках невроза навязчивых состояний и психастении.

Син.: обсессия.

**Ананкастия** [Kahn E., 1928]. Термин для обозначения типа личностей со склонностью к навязчивым мыслям и действиям, ананказмам. Одна из форм навязчивых состояний.

**Анартрия** *(ан + греч. arthroo* – членораздельно произносить). Потеря членораздельной, артикулированной речи. Понимание речи и письмо при этом не страдают. Появляется в результате поражения аппарата артикуляции (мышц, нервов). Наблюдается при бульбарном и псевдобульбарном параличе.

**Анастрофа** *(греч. anastrophe* – перевертывание, ниспровержение). См. *Бред шизофренический, стадии по Конраду.*

**Анатопизм** *(греч. ana–* – пере-, *topos* – место, местность) [Courbon P.]. 1. Психические нарушения, развивающиеся спустя некоторое время у лиц, лишенных привычной для них обстановки: попавших в чужую страну, перемещенных в новую для них среду, живущих в отличающихся от прежних условиях, к которым они не могут приспособиться. 2. Затруднения в приспособлении к новому месту жительства. Наблюдается при экзогенной депрессии.

Ср.: психозы путешествий.

**Анафилаксия психическая** *(греч. ana–* – приставка, обозначающая движение вверх, усиление действия, *phylaxis* – защита). Возвращение прежних психопатологических симптомов вследствие воздействия психогении, сходной с породившей первично болезненное состояние. Исходную психогению обозначают как сенсибилизирующий фактор, вторичную – как активирующий момент. Термин применяется в психоанализе, особенно при лечении психосоматических заболеваний. Например, психоаналитик находит первопричину бронхиальной астмы у своего пациента в страхе потерять близкого, любимого человека (рядом с ребенком тонула его мать). Эти события выступают как сенсибилизирующий фактор. Активирующим фактором оказывается страх лишиться любви при угрозе жены уйти от больного [Campbell R.J., 1981].

Ср.: следовые психогении, аллергия психическая.

**Анахоретство** *(греч. anachoretes* – отшельничество). Обособление от окружающего мира, стремление к безлюдным местам, стремление избегать контактов с людьми. Наблюдается у фанатически верующих; при психической патологии – у депрессивных больных, в рамках шизофренического аутизма, при шизоидной психопатии, после тяжелых психогений.

Ср.: клаустрация.

**Анаша.** Среднеазиатское название одного из сортов гашиша, обладающего относительно легким наркотическим действием. Употребляется в виде сигарет. Содержит алкалоиды индийской конопли.

**Ангедония** *(ан(а) + греч. hedone* – удовольствие, приятность, наслаждение). Потеря чувства радости, наслаждения. Важный симптом деперсонализации. Чаще всего наблюдается при депрессиях, особенно эндогенных, иногда при тяжелых неврозах, шизофрении.

Син.: агедония.

**Ангинофобия** *(лат. angina pectoris* – грудная жаба, стенокардия, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх стенокардитических приступов. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, неврастении и неврозоподобных состояниях соматогенного происхождения с кардиофобическим синдромом.

**Ангиоматоз энцефалотригеминальный** *(греч. angeion* – сосуд, *...oma* – окончание в названиях опухолей; вместе – сосудистая опухоль) [Sturge W.A., 1879; Weber F.P., 1922; Krabbe K., 1934]. Врожденное заболевание, поражающее тройничный нерв и головной мозг. Характеризуется наличием ангиом лица или головы (часто по ходу иннервации одного из тройничных нервов), врожденной глаукомой, эпи-

лептиформными припадками. В психике – умственное недоразвитие различной степени, раздражительность, вспыльчивость, склонность к брюзжанию, злопамятность, аффективная неустойчивость, лживость, суицидальные мысли.

Заболевание врожденное, часто обнаруживается у нескольких членов одной семьи, что дает основание рассматривать его как наследственное с аутосомно-доминантным способом передачи.

Син.: болезнь Стерджа–Вебера–Краббе, нейрокожный синдром, кожно-церебральный синдром.

**Ангиоцеребрография** [Monic A.C., 1933]. Метод рентгенодиагностического исследования сосудистой системы головного мозга путем введения индифферентного контрастного вещества в сосуды мозга, артерии (каротисангиография) и вены (флебография). Позволяет выявить характер патологического процесса в головном мозге, топику поражения, обнаружить наличие аневризм или тромбозов сосудов головного мозга, состояние коллатерального кровообращения.

**Ангофразия** *(греч. ango* – боюсь, *phrasis* – речь). Навязчивый страх публичных выступлений. Чаще всего наблюдается у психастенических личностей, особенно при неврозе навязчивых состояний. Проявляется внедрением между словами в фразе посторонних гласных, двугласных и носовых звуков (а-а, *э-э,*

енг, анг и т.п.).

**Андропауза** (*греч. aner, andros* – относящийся к мужчине *, pausis* – прекращение, перерыв). Понятие, аналогичное термину «менопауза», используется для обозначения периода прекращения половых функций у мужчин. По Ch. Bardenat [1975], в связи со сложностью и противоречивостью понимания А. более желательно использование термина «мужской климакс». А. у мужчин начинается раньше, чем у женщин, и распространяется на достаточно длительный период, не приобретая критического характера. Ch. Bardenat указывает, что снижение экскреции гипофизарных гормонов и функций (внутренней гландулярной) яичек начинается около 30-летнего возраста, но протекает настолько медленно, что гормональная активность, необходимая для совершения полового акта, у большинства мужчин сохраняется до 60 лет. Столь же медленно происходит угасание либидо, протекающее с известными колебаниями. Личностная реакция на наступление А. разнообразна – от спокойной с появлением компенсаторно-сублимационной деятельности до резких изменений полового поведения (педофилия, растление малолетних девочек и др.). Однако в большинстве случаев мужской климакс существенно не отражается на психике и поведении. Значительно реже, чем у женщин, наблюдаются явления инволю-

ционной депрессии.

**Анемофобия** (*греч. anemos* – ветер, дуновение, *phobos* – страх). Навязчивый страх – боязнь быть застигнутым ветром, бурей.

**Анергия** (*ан(а) + греч. ergon* – работа, действие). Снижение, утрата способности к активной деятельности (психической, двигательной, речевой). Часто наблюдается при депрессивных состояниях (депрессия анергическая).

**Анергазия** (*ан(а) + греч. ergasia* – работа, деятельность, действие) [Meyer A., 1908]. Разновидность эргастических реакций, соответствующая приобретенному дефекту. См. *Майера эргазиология.*

**Анестезия** (*ан(а) + греч. aisthesis* – ощущение, чувство). Отсутствие чувствительности – тепловой, тактильной, болевой и т.д. Наблюдается при поражениях нервов, проводящих путей и сенсорных зон головного мозга. При истерии носит функциональный характер – участки А. на коже не соответствуют зонам иннервации (А. по типу перчаток, носков).

**А. аффективная** – преходящее двигательное торможение с отсутствием аффективной реакции на окружающее, возникающее после острой психической или физической травмы. Типичный пример – эмоциональный паралич Бельца [Baelz E., 1901] – вариант психогенного ступора, возникающий вслед-

ствие воздействия сверхсильного, шокового раздражителя на нервную систему (описан во время землетрясения в Японии). Характерно выключение аффективных реакций – отсутствие чувства сострадания, тоски, ужаса, заботы о семье. Субъективное ощущение легкости мышления. В отличие от типичного психогенного ступора сознание не нарушено и по выходе из психотического состояния нет амнезии.

Син.: ступор испуга, аффективный ступор.

**А. скорбная психическая** *(лат. anaesthesia dolorosa psychica)* – утрата чувств по отношению к окружающим, крайне болезненно переживаемая больным. Наблюдается при глубоких депрессиях, главным образом эндогенных.

**Анидеизм** *(ан(а)* + *греч. idea* – мысль, представление). Невозможность произвольно вызывать мысленный образ определенного лица или предмета. Характерен для заторможенного мышления при депрессии.

**Анилингвус** *(лат. anus* – задний проход, *lingua* – язык). Половое извращение, при котором возбуждение и удовлетворение достигаются путем раздражения области ануса языком, губами.

**Анозогнозия** *(а* + *греч. nosos* – болезнь, *gnosis* – знание, познавание). Отсутствие сознания болезни. Наблюдается при некоторых психозах (например, при шизофрении) и органических поражениях головного

мозга как диффузного характера, будучи выражением слабоумия (например, прогрессивный паралич), так и при очаговых поражениях головного мозга (Антона симптом, Бабинского симптом, Антона–Бабинского синдром).

**Аномалия** *(греч. anomalia* – отклонение). Отклонение от нормы. Относится к различным состояниям, процессам, формированиям. Например, аномалия личности – определение психопатий.

**Анонимия** *(ан(а)* + *греч. onyma* – имя). Отказ больного от своего имени, иногда отрицание самого факта наличия у него какого-нибудь имени. Чаще всего наблюдается при шизофрении, иногда – при глубоком слабоумии вследствие органических заболеваний головного мозга. Может носить установочный характер.

**Анонимография** *(греч. anonymos* – безымянный, *grapho* – писать). Патологическая склонность к написанию анонимных писем. Наблюдается у психопатических личностей.

Ср.: синдром многописательства.

**Аноргазмия** (*ан(а)* + *греч. orgao* – пылать страстью). Отсутствие оргазма при половом акте.

**Анорексия невротическая (** *ан(а)* + *греч. orexis* – желание есть, аппетит). Отсутствие аппетита, возникающее при неврозах в связи с перевозбуждением коры головного мозга, чаще психогенно.

**Анорексия поздняя.** Синдром психической анорексии, развивающийся в пожилом возрасте. Механизм недостаточно изучен. Указывают на роль психогенных факторов, идей отравления. Выдвинуто предположение о недостаточности центрального восприятия метаболической информации, сигнализирующей об энергетических или питательных потребностях организма [Blundell J.E., 1988]. По наблюдениям Russel J.D., Berg J., Lawrence J.K. [1988], в преобладающем большинстве случаев А.п. не столько зависит от возрастных изменений, сколько является симптомом злокачественного новообразования.

**Анорексия психическая** [Lasegue Ch., 1873] – упорный отказ от еды, чаще всего наблюдаемый в пубертатном возрасте и скрываемый от окружающих. Иногда является отражением дисморфофобических (дисморфоманических) переживаний. Наблюдается чаще всего при шизофрении подросткового и юношеского возраста и эндореактивных психозах пубертатного периода (по Личко А.Е., 1979].

Син.: нервная анорексия, нервно-психическая анорексия, истерическая анорексия.

**Аносмия** *(ан(а) + греч. osme*– обоняние). Отсутствие обоняния. Может быть следствием поражения периферического отдела обонятельного анализатора, но наблюдается и при психических заболеваниях

– при неврозах, особенно истерическом, при органических поражениях головного мозга, в последнем случае при этом нередко носит латеральный характер. Снижение обоняния присуще и старческому возрасту.

**Анохина биологическая теория эмоций** [Анохин П.К., 1949]. Рассматривает эмоции в плане дарвиновской концепции об эволюции полезных приспособлений. Эмоции в онто– и филогенезе возникают в связи с формированием потребностей. Неудовлетворенным потребностям соответствуют отрицательные эмоции, удовлетворенным – положительные. Закрепление эмоциональных проявлений происходит по механизмам деятельности функциональной системы и акцептора действия. При совпадении сигналов обратной афферентации с акцептором действия возникают положительные эмоции, если же эти сигналы не совпадают с акцептором действия – отрицательные. Такого рода закономерность распространяется не только на биологические потребности, но и на социально обусловленные. В образовании эмоций, таким образом, придается большое значение оценке результатов действия до его совершения, что соответствует положению И.П. Павлова о присущем любому условно-рефлекторному акту предсказывающем, «предупредительном» компоненте деятельности.

**Анохина концепция функциональной системы**

[Анохин П.К., 1935). Выделение в деятельности любого живого организма и в формировании присущих ему поведенческих актов замкнутых образований с обязательным наличием канала обратной афферентации, информирующей о результатах действия. Деятельность функциональных систем адаптивна, целесообразна, в связи с чем в ее объяснении приобретает важное значение категория цели. Является наиболее совершенной моделью работы, например интеллектуальной деятельности. Понятие функциональной системы привлекается и для моделирования других кибернетических закономерностей. В деятельности функциональной системы различают стадии афферентного синтеза, принятия решения, акцептора действия (то есть формирования афферентной модели будущих результатов деятельности системы), эфферентного возбуждения, обратной афферентации и сличения полученных результатов действия.

**Антабус.** Препарат для лечения алкоголизма методом сенсибилизации, при котором не только подавляется влечение к алкоголю, но и сам прием его делается физически невозможным. А. влияет на обмен алкоголя в организме, способствуя накоплению такого промежуточного продукта, как ацетальдегид. Повышение количества ацетальдегида приводит к ряду крайне тягостных ощущений (покраснение и чувство

жара в лице и верхней части туловища, чувство стеснения в груди, затруднение дыхания, шум в голове, чувство страха, озноб и т.д.). При передозировке А. могут возникать острые экзогенные психозы. Лечение А. проводится как в сочетании с алкоголем (антабусно-алкогольные пробы), так и без них.

Син.: тетурам.

**Антабусно-алкогольные пробы.** Проводятся после лечения в течение недели одним антабусом. Утром дается антабус, а через 8-9 часов – алкоголь. Курс лечения включает до 10 А.-а.п. При затяжной реакции (вегетативные расстройства, длительная артериальная гипотония) купирование ее производится внутривенным введением раствора метиленового синего. Этим методом закрепляется отрицательная рефлекторная реакция организма на алкоголь.

**Антидепрессанты** *(греч. anti* – против, *лат. deprimo, depressum* – угнетать). Класс психотропных препаратов, обладающих способностью устранять патологически сниженное настроение – депрессию. Терапевтическое действие А. связывают с их влиянием на обмен медиатров, участвующих в передаче нервных импульсов. А. – ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) – подавляют МАО, фермент, инактивирующий моноамины, в том числе норадреналин, дофамин, серотонин; накопление в некоторых участ-

ках мозга нейромедиаторов играет важную роль в механизме антидепрессивного эффекта. Стимулирование адренергических процессов в мозге при лечении трициклическими антидепрессантами достигается за счет блокирования обратного захвата медиатора из синаптической щели, вследствие чего продлевается и усиливается действие его на рецепторы. В последние годы появились А. второго поколения: «атипичные» трициклические А., не оказывающие тормозящего действия на обратный захват медиатора (иприндол); четырехциклические А., у которых торможение обратного захвата нейромедиаторов сочетается с ингибированием МАО (пиразидол, инказан); четырехциклические А., не влияющие существенно на активность МАО и процессы обратного захвата медиаторов (мапротилин, или ладиомил, миансерин); антидепрессанты разных химических групп. В механизме действия А. имеет значение не только увеличение количества медиаторов, но и постепенно развивающиеся изменения чувствительности рецепторов головного мозга к медиаторам. Этим объясняется относительно медленное (через 5-10 дней) наступление терапевтического эффекта.

В действии А. выделяют антипсихотический (собственно антидепрессивный, тимолептический), седативный и стимулирующий компоненты. Различное со-

отношение этих свойств определяет показания к терапии тем или иным А. А. – ингибиторы МАО – применяются в настоящее время редко из-за возможных реакций несовместимости с трициклическими А., производными морфина, анестезирующими веществами, симпатомиметиками, а также пищевыми продуктами, содержащими большое количество тирамина. Ингибитор МАО ниаламид (ниамид, нуредал) обладает выраженным стимулирующим эффектом, применяется при инволюционных, циклотимических, невротических депрессиях.

Среди трициклических А. седативного действия наиболее широко применяются амитриптилин (триптизол), избирательное антипсихотическое действие которого проявляется при лечении эндогенных депрессий; азафен, более эффективный при депрессиях легкой и средней тяжести; фторацизин; герфонал. К трициклическим А. стимулирующего действия относят имизин (имипрамин, мелипрамин, тофранил), особенно эффективный при лечении классической эндогенной депрессии. А. применяют для лечения некоторых соматических расстройств, которые можно рассматривать как проявление «маскированных» депрессий.

**Антиконвульсанты** *(анти + лат. convulsio* – судорога). Препараты противосудорожного действия,

применяемые для купирования мышечных судорог различного происхождения (при эпилепсии, эклампсии, интоксикациях, столбняке). Основа их действия – ослабление возбуждения или усиление торможения в ЦНС. Некоторые А. оказывают и сомнолентное действие (например, барбитураты, хлоралгидрат), другие лишены этого свойства (гексамидин, хлоракон, дифенин, триметин, этосуксимид). Имеются и барбитураты, лишенные снотворного действия, что позволяет применять их утром и днем (бензонал). Эталон противосудорожной эффективности определяется эквивалентно дозе фенобарбитала [коэффициент Ремезовой Е.С., 1965]. Препараты применяются как в чистом виде, так и, чаще всего, в виде смесей. В последнее время употребляются стандартизованные смеси в виде таблеток (глюферал, паглюферал). Противосудорожным действием обладают и некоторые транквилизаторы – производные бензодиазепина (сибазон, нитразепам).

**Антинозологизм** *(анти + греч. nosos* – болезнь). Направление в современной психиатрии, отрицающее объективное существование, правомерность выделения нозологических форм. Приверженцы А. иногда исходят из теории единого психоза, иногда апеллируют к тезису о несовершенстве, несостоятельности современной нозологической системы. А. присущ

и психиатрам-экзистенциалистам.

**Антипсихиатрия** *(анти + греч. psyche* – душа, *iatreia* – лечение). Направление в странах Западной Европы и США, пропагандирующее бездоказательность, неправомерность существования психических заболеваний и, соответственно, психически больных. При этом представители А. в первую очередь ссылаются на отсутствие морфологических изменений при эндогенных психозах. Получила распространение в 60-70 годы. Решающим фактором, играющим роль в изменениях психики, признаются факторы социальные и политические. Утверждается вредное влияние атмосферы психиатрических больниц и лекарственных препаратов. А. не имеет ничего общего с медицинскими критериями диагностики и лечения психических заболеваний, реабилитации психически больных; прикрываясь демагогическими лозунгами, она наносит вред психическому здоровью общества.

**Антипсихотики** *(анти + греч. psyche* – душа, дух, сознание). Синоним термина нейролептики, в котором делается упор на их антипсихотические свойства. В более узком смысле под А. понимаются нейролептики, в первую очередь выраженного антипсихотического действия, направленного на устранение галлюцинаций и бреда (галоперидол, трифлуперидол, трифтазин, фторфеназин и др.).

**Антиципация** *(лат. anticipatio* – предугадывание событий). В психологии – способность предвидеть появление результатов действий до того, как они будут реально осуществлены или восприняты («опережающее отражение»), готовность к предстоящим событиям на основе прежнего жизненного опыта. Термин А. приобрел и несколько иное – клинико-биологическое – значение. Так, например, в психиатрической генетике на примере шизофрении под феноменом антиципации понимают «утяжеление процесса»: у детей в наследственно отягощенных семьях шизофрения манифестирует раньше, чем у их родителей, и протекает более тяжело (учащение приступов, ухудшение качества ремиссий) [Москаленко В.Д., 1989].

**Антифетишизм** *(греч. anti* – против, *fetiche* – волшебство) [Hirschfeld M.]. Система ограничений, накладываемых на себя латентными гомосексуалистами в качестве защиты от сознательного признания своей перверсности: пациенту не нравятся женщины с большими ногами, у других женщин он обращает внимание на волосатость ног, что также вызывает у него отвращение, и, таким образом, его поиски идеальной женщины оказываются неосуществимыми, что дает ему основание признать привлекательность мужчин.

**Антона–Бабинского синдром** [Anton G., 1899; Babinski J., 1914]. Гемисоматоагнозия, отсутствие со-

знания своего недостатка (слепоты, гемиплегии) при поражении правой теменной области коры большого мозга. Возможны анозогнозия и анозодиафория (см. *Бабинского симптом).*

**Антона симптомы** [Anton G., 1893, 1899]:

1. Симптом галлюцинаторного двойника (alter ego). Описанный автором больной с левосторонним очаговым поражением головного мозга видел лежавшего рядом с ним двойника.

2. Симптом анозогнозии при очаговых органических поражениях головного мозга. Анозогнозия относится к параличу конечностей, глухоте и слепоте центрального происхождения (при этом отмечаются галлюцинации). Характерны конфабуляции «компенсаторного» характера. Входит в структуру Антона–Бабинского синдрома.

3. Симптом третьей («чужой») руки наблюдается при двустороннем поражении теменных долей большого мозга опухолью.

**Антропоанализ** *(греч. anthropos* – человек, *analysis* – разложение, расчленение) [Binswanger L.]. Психотерапевтический метод, основанный на анализе особенностей существования больного в мире (бытия), его отношений с окружающим миром. Базируется на феноменологических и экзистенциалистских концепциях в философии и психологии.

**Анэнцефалия** *(ан + греч. enkephalos* – головной мозг). Полное или почти полное отсутствие головного мозга вследствие аномалии развития.

**Анэтомания** *(ан + греч. ethos* – обычай, характер, *mania* – помешательство) [Carpman B., 1949]. Личностные отклонения, характеризующиеся недостаточностью эмоциональных задержек и анэтическим поведением (явления нарциссизма, эгоцентричность). Типична малая податливость к психотерапевтическому воздействию. Наблюдается у психопатических личностей.

**Апаллический синдром.** См. *Кречмера апаллический синдром.*

**Апатия** *(греч. apatheia* – бесчувственность). Нарушение эмоционально-волевой сферы, характеризующееся отсутствием эмоциональных проявлений, вялостью, безразличием к себе и близким, к происходящему вокруг, отсутствием желаний, жизненных побуждений, бездеятельностью. При сочетании А. с абулией говорят об апатико-абулическом синдроме. Входит в группу основных симптомов шизофрении (эмоциональное отупение), наблюдается при органических поражениях головного мозга, особенно лобной локализации. Может носить преходящий характер – при психогениях.

Син.: атимия, атимормия, анормия.

**Апейрофобия** *(греч. apeiros* – безграничный, бесконечный, *phobos* – страх). Навязчивый страх перед бесконечностью.

**Апифобия** *(лат. apis* – пчела, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх перед пчелами и осами.

**Апокалипсис.** См. *Бред шизофренический, стадии по Конраду.*

**Апоморфинотерапия** [Случевский И.Ф., 1933]. Условнорефлекторный метод лечения алкоголизма, при котором основную роль играет образование рвотного условного рефлекса на прием алкоголя вслед за введением обладающего рвотным действием алкалоида апоморфина.

**Апопатофобия** *(греч. apopatos* – испражнения, отхожее место, *phobos* – страх). Навязчивый страх заходить в уборные.

**Апофения** *(греч. apophaino* – высказывать суждение). См. *Бред шизофренический, стадии по Конраду.*

**Апперцепция** *(лат. ad* – к, до, при, *perceptio* – восприятие). Свойство психики человека, выражающее зависимость восприятия предметов и явлений от предшествующего опыта данного субъекта, от его индивидуальных личностных особенностей. Восприятие действительности не является процессом пассивным – способность к А. позволяет человеку активно

строить психическую модель действительности, детерминированную сложившимися и присущими данному индивидууму личностными особенностями. Понятие А. широко применяется в медицинской психологии, в частности в патопсихологии.

**Апраксия** (а + *греч. praxis* – действие). Нарушение произвольных целенаправленных движений и действий при сохранности составляющих их элементарных двигательных актов. Наблюдается при органических поражениях коры головного мозга. По H. Liepmann [1900], выделяют две основные формы А.: 1) идеаторную – нарушение образа нужного действия и 2) моторную – нарушение способа осуществления действия. Моторная А., в свою очередь, подразделяется на идеокинетическую (нарушение произвольных движений вследствие диссоциации цели движения и соответствующих иннервации) и акрокинетическую (нарушение отложившихся в прошлом опыте частных схем движений руки, артикулярного аппарата и т.д.).

**А, акинетическая** –обусловлена недостатком побуждений и влечений;

**А. амнестическая** – нарушено выполнение произвольных действий, тогда как подражательные действия сохранены;

**А. бимануальная** [Brown G.W., 1972] – проявляется затруднениями при выполнении сложных предмет-

ных действий, требующих сочетанной деятельности обеих рук. Действия каждой руки в отдельности не нарушены. Отсутствует какая-либо разница в выполнении конкретных или условных, символических действий [Овчарова П., Райчев Р., 1980].

**А. иннерваторная** [Kleist K., 1907] – нарушения сложных и тонких движений, выработанных путем длительной практики в течение жизни. Апрактические расстройства касаются какой-либо одной конечности или даже только части ее. Наблюдается при органическом поражении премоторной зоны коры большого мозга.

Син.: А. премоторная.

**А. кинестетическая** [Liepmann H., 1905; Heilbronner K., 1905] – форма апраксии, характеризующаяся утратой кинетических и кинестетических образов движений конечности. Больные не могут, например, двигать с необходимым усилием пальцами или кистью руки, неточно направляют это движение, оно становится грубым, недостаточно дифференцированным. Наблюдается при локализации поражения в области передней и центральной извилины. Форма акрокинетической моторной апраксии Липманна.

Син.: мело-кинестетическая апраксия [Ajuriagnerra J., Hecaen H., 1949]. Близка к А. иннерваторной.

**А. конструктивная** [Кроль М.Б., 1933; Kleist K.,

1934] – симптомокомплекс нарушения конструирующих действий – складывания, построения, рисования. Страдают формы движений и действий, основой которых является синтетическое пространственное восприятие. Обнаруживается при поражении нижнетеменных и теменно-затылочных отделов коры доминантного полушария;

**А. одевания.** [Brain W., 1941]. Вид апрактических расстройств, наблюдающихся при очаговом поражении коры задних отделов правого полушария. Связана с нарушениями конструктивного праксиса.

Входит в состав Гекэна и Зангвилла апрактоагностических синдромов.

**А. персевераторная** [Pick A., 1905] – вид апраксии, характеризующийся выраженными персевераторными тенденциями в двигательной сфере. Наблюдается при поражении лобных отделов коры большого мозга, премоторной зоны. В основе персевераторной апраксии лежит распад кинетических схем, нарушения динамики двигательного акта, сложных двигательных навыков [Лурия А.Р., 1947, 1962].

**Апрактоагнозия** *(греч. apractos* – бесполезный, бездействующий, *a* – не, *gnosis* – знание, познание). Сочетание апраксии, главным образом конструктивной, с агнозией, рассматривающееся некоторыми исследователями как доказательство их патогенетиче-

ского единства [Schlesinger B. 1928; Столбун Д.Е., 1934]. По А.Р. Лурия [1973], в этих случаях важную роль играют явления расстройств пространственной ориентировки (пространственная А.). Наблюдаются они при поражении коры теменно-затылочных отделов как доминантного, так и субдоминантного полушария. Явления А. лежат в основе двух сложных клинических синдромов.

**Синдром Гекэна** [Hecaen H., 1956]. Наблюдается при органических поражениях головного мозга с локализацией очага в правом полушарии (надкраевая и угловая извилины, задняя часть верхней височной извилины). Характерны односторонняя (левосторонняя) пространственная агнозия, визуально-конструктивные расстройства, апраксия одевания (см. *Апраксия одевания),* нарушение топографических представлений и понятий, гемисоматогнозия, дизлексия, акалькулия.

**Синдром Зангвилла** [Zangwill O.L., 1950]. Совокупность наблюдаемых при поражении правого полушария головного мозга симптомов: 1) игнорирование левой половины зрительного пространства, или односторонняя пространственная агнозия; 2) конструктивная апраксия; 3) нарушение топографической памяти и пространственная дезориентировка; 4) апраксия одевания; 5) окуломоторные расстройства и дефекты

зрительных координации.

**Апрозексия** (а + *греч. prosexis* – внимание) [Guye, 1887]. Нарушение сосредоточения активного внимания. В первоначальных описаниях речь шла о расстройствах внимания у детей, страдающих хроническими заболеваниями слизистой оболочки носа. В настоящее время термин понимается более широко и применяется для обозначения расстройств активного внимания безотносительно к вызвавшей их причине.

**Апситирия** (а + *греч. psithyros* – шепот). Утрата способности говорить шепотом. Наблюдается при истерии, часто в сочетании с афонией.

**Аракава синдром** [Arakawa T., 1966]. Форма олигофрении. Характерна триада; умственная отсталость, повышенное содержание в крови фолиевой кислоты, выделение с мочой формиминоглютаминовой кислоты. Семейно-наследственное заболевание (аутосомно-рецессивный тип передачи).

**Арахноидит** *(греч. arachne* – паук, паутина, *eides* – подобный, похожий). Воспаление мягких мозговых оболочек головного или спинного мозга, в первую очередь паутинной оболочки. Различают формы А. по локализации (А. базальный, диффузный, конвекситальный, мосто-мозжечкового угла и т.д.). При А. конвекситальном (поражение выпуклой поверхности полушарий головного мозга) часты эпилептиформные при-

падки, парезы конечностей, нарушения чувствительности, головные боли.

Син.: арахноменингит, лептоменингит наружный.

**Аргайлла Робертсона синдром** [Argill Robertson D., 1869]. Характеризуется ослаблением или отсутствием реакции зрачков на свет при сохранении их реакции на аккомодацию и конвергенцию, миозом, анизокорией, деформацией зрачков. Зрачковые нарушения обычно являются двусторонними, величина зрачков в течение суток не меняется. Не реагируют зрачки и на введение атропина, пилокарпина, кокаина. При отсутствии некоторых из перечисленных симптомов говорят о неполном Аргайлла Робертсона синдроме.

Наиболее часто наблюдается при органических металюэтических заболеваниях головного мозга – при спинной сухотке и прогрессивном параличе.

**Арганизм.** Термин, введенный P. Abadie [1930] для обозначения предрасположенности к ипохондрии. *Арган* – персонаж комедии Мольера «Мнимый больной».

**Арететерапия** *(греч. arete* – добродетель, достоинство, *therapeia* – уход, лечение) [Яроцкий А.И., 1908]. Вид психотерапии, при котором основная направленность деятельности психотерапевта характеризуется стремлением к социально-этическому перевоспитанию личности больного, к формированию у него насы-

щенных социальными, духовно-эстетическими идеалами жизненных позиций. В отечественной психотерапии А. понимается как использование благоприятного влияния на психику фактора внутренней организованности, «иерархии значимого», упорядоченности сознания и поведения, которые неизменно сопровождают стремление человека к высшим идеалам [Бассин Ф.В., Рожнов В.Е., Рожнова М.А., 1974].

**Арефлексия** (*а + лат. reflexus* – отражение, рефлекс). Отсутствие рефлексов, одного или нескольких, в связи с поражением периферического нейрона или тормозящим воздействием вышестоящих отделов нервной системы, например, в остром периоде инсульта.

**Аритмомания** *(а + греч. rhithmos* – ритм, *mania* – страсть, влечение, помешательство) [Magnan V., 1883]. Навязчивый счет, обычно пересчитывание попавших в поле зрения предметов. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психастении.

Син.: арифмомания.

**Аритмофобия** *(аритмо + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх перед приобретающим для больного индивидуальную значимость числом. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психастении.

Син.: арифмофобия.

**Арттерапия** (*лат. ars* – искусство, *греч. therapeia* – лечение). Один из видов психотерапии, лечение приобщением к искусству. С этой целью с больным либо обсуждаются произведения искусства (используется их катартическое влияние), либо используются переживания творца – искусство служит для больного возможностью самовыражения, отреагирования (то есть опять же катарсис творца), отвлекающим средством. К А. относятся библиотерапия, музыкотерапия, кинотерапия и т.д.

**Асатиани метод репродуктивных переживаний** [Асатиани М.М., 1926]. Вариант психотерапевтического метода гипнокатарсиса. В гипнотическом состоянии с помощью специально построенного внушения добиваются восстановления и повторного переживания психической травмы, явившейся причиной возникновения невроза. Репродукция переживаний направляется и контролируется психотерапевтом, в соответствии с ней строится и лечебное внушение.

**Асексуальность** (а + *лат. sexualis* – половой). Отсутствие сексуальной заинтересованности.

Син.: асексуализм.

**Асемия** (*а* + *греч., sema* – знак). 1. Нарушение понимания условных знаков. Син.: асимболия. 2. Нарушение способности рисовать, срисовывать.

**Асимболия** (*а* + *греч. symbolon* – знак) [Finkelnburg

А., 1870]. Утрата способности понимать условные знаки и правильно пользоваться ими. К А. моторной относятся аграфия, вокальная и инструментальная амузия, нарушение способности писать ноты (если ранее эта деятельность была больному доступна), неумение пользоваться жестами и мимикой, к А. сенсорной – афазия, алексин, сенсорная амузия, расстройства понимания жестов и мимики.

При А. отмечается нарушение восприятия только условных знаков, этим она отличается от агнозии и апраксии.

**Асимболия болевая.** См. *Шильдера–Штенгеля синдром.*

**Асинергия** (*а* + *греч. synergia* – взаимодействие) [Babinski J., 1899]. Нарушение содружественных движений: например, больной без помощи рук не может подняться из положения лежа. Симптом поражения мозжечка.

Син.: диссинергия.

**Асомния** (*а* + *лат. somnus* – сон). Бессонница, нарушение сна. Проявляется затруднениями засыпания, прерывистым сном с частыми пробуждениями ночью, поверхностным сном или преждевременным пробуждением с невозможностью опять заснуть.

Син.: агрипния, диссомния, инсомния.

**Ассортативные браки** *(фр. assorti* – специально

подобранный). Браки, при заключении которых обнаруживается тенденция к большому сходству некоторых фенотипических черт у брачных партнеров (речь идет о семьях, где один из супругов болен психически, в частности шизофренией). Ассортативность – предпочтительность в выборе брачного партнера по наличию (положительная ассортативность) или по отсутствию какого-либо признака (отрицательная ассортативность), приводящая к отклонению от панмиксии – равновероятного включения в брак. Практически это служит причиной того, что частота ряда психических заболеваний и состояний (шизофрения, неврозы, алкоголизм, олигофрения) выше среди брачных партнеров больных с соответствующими нозологическими формами, чем можно было бы ожидать, исходя из их популяционной частоты. Формируются, таким образом, субпопуляции с высокой генотипической корреляцией внутри них и повышенным риском заболеваемости у потомства.

**Ассоциативный эксперимент** *(лат. associare* – присоединять) [Jung C., 1906]. Проективная экспериментально-психологическая методика, использованная К. Юнгом для раскрытия присущих больному комплексов в связи с выявлением в процессе исследования увеличения латентного периода ответных речевых реакций и наличием словесных раздражите-

лей аффектогенного характера, неиндифферентных для испытуемого. Идея словесного эксперимента была высказана раньше F. Galton, W. Wundt, И.М. Сеченовым. В советской психиатрии ассоциативный эксперимент использовался при патофизиологической [Иванов-Смоленский А.Г., 1928; Чистович А.С., 1939; Гаккель Л.Б., 1953] или патопсихологической [Зейгарник Б.В., 1962; Рубинштейн С.Я., 1970; Блейхер В.М., 1971] интерпретации получаемых данных. В патопсихологии А.э. применяется для анализа протекания мыслительных процессов по характеру ассоциаций и скорости их образования; он также предоставляет возможность изучения некоторых личностных свойств обследуемого. Известны многочисленные варианты А.э., зависящие от характера раздражителя и предопределенности в инструкции способа ответной реакции (см. *Словесно-семантический эксперимент).*

**Ассоциация** *(лат. associatio* – соединение). Форма связи двух или нескольких психических процессов (ощущений, представлений, мыслей, чувств, движений и др.), выражающаяся в том, что возникновение одного из них стимулирует появление другого или нескольких. Явление ассоциативной связи между несколькими психологическими процессами было известно уже Платону и Аристотелю. Аристотель раз-

личал три вида А. – по смежности, сходству и контрасту. И.П. Павлов установил, что физиологическим субстратом А. являются временные условные связи, он рассматривал А. как одно из важнейших понятий в психологии и видел в них возможность соотнесения психических явлений с физиологическими процессами. Различают А.: по смежности в пространстве и времени (письмо – марка, утро – завтрак), по сходству (сахар – снег, самолет – птица), по контрасту (живой – мертвый, утро – вечер), по созвучию (ночь – дочь, гора – горе), логически-смысловые (секунда – время, любовь – чувство). На анализе А. основан ряд методов психологического исследования человека (см. *Ассоциативный эксперимент).*

**Астазия** *(а + греч. stasis* – стояние). Утрата способности стоять без поддержки. Наблюдается при органических поражениях ЦНС.

**Астазия-абазия** [Block P., 1888]. Невозможность стоять и ходить при сохранении силы и объема движений конечностей в постели. Рассматривается как проявление акинезии, в отличие от варианта А.-а., описанного Шарко. Симптом истерии. Необходимо дифференцировать с лобной атаксией при органических поражениях головного мозга.

При атактической форме А.-а. [Charcot J.M., 1888] координации движений мешают хореоформные по-

дергивания и дрожания мышц ног.

**Астения** *(греч. astheneia* – бессилие, слабость). Психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна.

**А. гиперстеническая** *(греч. hyper* – над, сверх, *sthenos* – сила) [Иванов-Смоленский А.Г., 1949] – вследствие нарушения активного торможения в клинике преобладают несдержанность, раздражительность, недостаточный самоконтроль.

**А. гипостеническая** – характеризуется выходящими в связи с ослаблением возбуждения на первый план явлениями истощаемости, раздражительной слабости.

Астенические состояния различаются и по этиологическим факторам, вызвавшим их: *А. интоксикационная, постинфекционная, посттравматическая, соматогенная; А. гиперфагитационная (лат. hyper* – сверх, *fagitatio* – утомление) вызывается переутомлением. В рамках органического психосиндрома выделяют *А. органическую* (церебрастению).

Выделялась также *А. периодическая* (периодическая слабость, по Анфимову Я.А., 1898), однако, как показали последующие исследования, в данном случае речь шла о циклотимии. У этих больных неред-

ко отмечались наличие чередований состояний субдепрессии и экзальтации, а также возможность нарастания болезненных расстройств, достигающих психотической степени.

**А. витальная** (*лат. vitalis* – жизненный) [Полищук И.А., 1956] – характерна для ядерной процессуальной шизофрении и рассматривается как проявление минус-симптоматики. Психопатологически имеет много общего с витальными эмоциональными синдромами. Явления астении протекают без признаков истощаемости и нагружаемости, а обусловлены аспонтанностью, отсутствием побуждений к деятельности, при этом нет понятного гностического компонента. Типична протопатичность – психологическая немотивированность, диффузность и связь с телесными ощущениями. Резкое снижение жизни влечений и инстинктов, отсутствие побуждений и чувства жизненности. Настроение характеризуется апатией. В генезе большое значение придается слабости подкорковых образований.

**А. нейролептическая** [Жислин С.Г., 1960] – астенические синдромы, возникающие в связи с лечением нейролептиками как один из видов осложнений. Различают раннюю, проявляющуюся уже в начале курса терапии, и позднюю, развивающуюся при длительном лечении нейролептиками (обычно малыми дозами),

астению. Анализ поздней А.н. показывает наличие в ее структуре наряду с сугубо астеническими проявлениями также паркинсоноподобных двигательных нарушений [Хесин И.И., 1970].

**А. тотальная** [Stiller B., 1907] – совокупность симптомов конституциональной А.: высокий рост, лептосомное телосложение, узкая грудная клетка, подвижное X ребро, слабо развитая мускулатура, склонность к побледнению кожи, «капельное сердце», тонкая аорта, спланхноптоз, слабость связок, сухожилий и соединительной ткани. Психически – А., повышенная раздражительность, утомляемость.

Син.: синдром Штиллера, А. врожденная общая.

**Астенические переживания** *(греч. asthenos* – слабый) [Kretschmer E.]. Переживания собственной малоценности. Характеризуются состояниями робкой пассивности и стыда. Могут чередоваться или смешиваться с противоположными им стеническими переживаниями. Но преимущественно человеку присуща жизненная установка к одному из этих полюсов. Этой установкой определяется доминирующий тип реакций личности, индивидуума на внешние раздражения.

**Астеномания** *(астено + греч. mania* – сумасшествие). Употребляемый во французской психиатрии термин, обозначающий психические заболевания, при которых за кратковременными состояниями пси-

хической слабости (астении) следует период возбуждения (гиперстенический или маниакальный).

**Астереогноз** (*а + греч. stereos* – твердый, объемный, пространственный, *gnosis* – познание). Один из вариантов агнозии, при котором страдает осязательное восприятие. Больной не может определить форму предмета на ощупь. Наблюдается при поражениях коры теменной области и объясняется дефектом суммации пространственных впечатлений [Denny-Brown D., 1958], дефектом синтеза отдельных осязательных ощущений [Лурия А.Р., 1973].

Син.: асимболия тактильная [Wernicke C., 1894], агнозия тактильная теменная [Nielsen J.M., 1946].

**Астрёма болезнь** [Astrom K.E., 1958]. Множественно-очаговый прогрессирующий лейкоэнцефалит. Характерны расстройства сознания, прогрессирующее слабоумие. Неврологическая симптоматика обусловлена множественным характером очагов поражения: моно– и гемипарезы, немота, аграфия, алексин, дизартрия, гемианопсия, гемигиперестезия. Течение острое, смерть наступает через несколько недель или месяцев. Патологоанатомически – множественные связанные с сосудистой системой очаги поражения в белом и сером веществе мозга, ядрах, стволе мозга и мозжечке. Этиология неизвестна, существует мнение о вирусном характере заболевания.

**Асхематизм** (*а + греч. schema* – образ) [Гуревич М.О., 1940]. Форма оптической агнозии, при которой больной узнает сами предметы, но не опознает их по рисункам, схемам. Наблюдается при нижнетеменной локализации поражения полушарий головного мозга.

**Атаксиофобия** *(греч. ataxia* – беспорядок, отсутствие координации, *phobos* – страх). Боязнь нарушения координации движений.

**Атаксия.** Нарушение координации движений. Наблюдается преимущественно при органических поражениях ЦНС различной локализации (лобной, мозжечковой, вестибулярного анализатора и т.д.). Различается и в этиологическом отношении – например, А. алкогольная, А. истерическая (психогенная).

Син. последней: синдром Брике [Briquet P., 1859].

**А. апрозектическая** *(а + греч. prosexis* – внимание) [Осипов В.П., 1923]. Нарушения мышления при выраженных маниакальных состояниях, характеризующиеся его бессвязностью. Основную роль играют значительное ускорение течения мыслительных процессов и грубые расстройства внимания. При замедлении темпа мышления, например в процессе лечения, эти расстройства исчезают. По выздоровлении патология мышления отсутствует. А.а. является крайней степенью выраженности «скачки идей».

Син.: инкогеренция идей.

**А. истерическая** [Briquet P., 1859]. Нарушения ходьбы, сопровождающиеся ослаблением мышечного чувства и кожной чувствительности.

Син.: синдром Брике.

**А. интрапсихическая** [Stransky E., 1903]. Понятие, введенное для обозначения расщепления, диссоциации между аффективной (тимопсихика) и интеллектуальной (ноопсихика) сферами в психической деятельности больных ранним слабоумием, шизофренией.

Соответствует понятию Блейлера Э. расщепления, Шаслена дискордантности.

**А. мозжечковая** [Marie P., 1893]. Наследственное заболевание, начинающееся в возрасте 20-30 лет и характеризующееся нарушением координации, глазными симптомами (птоз, стробизм, атрофия зрительных нервов), снижением интеллекта. Течение с обострениями.

Син.: синдром Мари, болезнь Мари.

**А. острая алкогольная** [Бехтерев В.М., 1900]. Симптомокомплекс мозжечковой атаксии, наступающий при длительном злоупотреблении алкоголем, однако иногда наблюдается и при острой алкогольной интоксикации [Боголепов Н.К., 1962]. Расстройство координации движений, неустойчивость при ходьбе, в выраженных случаях – невозможность ходить. Атаксия в конечностях сочетается с дизартрией, тремором

головы, рук. Причина – поражение мозгового ствола и мозжечка.

**Атанассио симптом** [Athanassio A.]. Наблюдается при выраженных депрессивных состояниях и характеризуется сохранностмо реакции зрачков на свет при отсутствии их реакции на конвергенцию и аккомодацию (в отличие от синдрома Аргайлла Робертсона).

**Атараксия** *(греч. ataraxia* – безразличие, невозмутимость). Состояние, наступающее вследствие приема психотропных средств (нейролептиков, транквилизаторов и др.), характеризующееся снятием тревоги, беспокойства, страха, эмоционального напряжения, психического дискомфорта.

**Атарактики** *(греч. ataractos* – невозмутимый, спокойный).

Син.: транквилизаторы.

**Атеросклероз сосудов головного мозга** *(греч. athere* – кашица, в смысле отложения мягких веществ в стенках, например, артерий, *sklerosis* – затвердение, уплотнение). Заболевание, вызываемое атеросклеротическими изменениями стенок сосудов головного мозга – липоидной инфильтрацией внутренней оболочки артерий с последующим развитием в их стенке соединительной ткани, утратой артериями эластичности. Вследствие указанных изменений мозговые артерии теряют эластичность, посте-

пенно ухудшается кровоснабжение тканей головного мозга. Течение постепенное, прогредиентное, с ремиссиями. В начальной стадии – астения, осложняющаяся дополнительной симптоматикой (астено-депрессивные, астено-фобические, астено-ипохондрические синдромы), заострение преморбидных черт характера. Нарастают изменения памяти – от легких дисмнестических к пара– и амнестическим. Возможны резкие ухудшения состояния в связи с острыми нарушениями мозгового кровообращения, образованием очагов размягчения, чем обусловлено появление афатико-агностико-апрактических расстройств. Исход в состояние деменции, маразма.

Злокачественный вариант – Бинсвангера болезнь.

**Атимормия** (*а* + *греч. thymos* – душа, настроение, чувство, *hormao* – двигаться, стремиться) [Dide M., Giraud P.]. Термин для обозначения жизненно важного дефицита аффективности, отсутствия жизненного тонуса, интереса к жизни. Рассматривается как результат нарушений генерации подкорковыми центрами необходимых для психической активности стимулов, формирующихся на основе поступающих в головной мозг из внутренних органов и мышц сигналов [Porot A., 1975].

Понятие «орме» было введено Монаковым и Мургом для обозначения некоей «матрицы инстинктов».

Гиро объединил понятие «орме» и «тимия», выделив ормотимическую систему, которая, как он считает, соответствует абсолютному бессознательному в понимании психоаналитиков или чисто инстинктивной активности традиционной психологии. Ормическое начало представляет собой динамические тенденции к удовлетворению некоторых изначальных потребностей (голод, защита, размножение), тимическое – вызывает специфические аффективные состояния, приятные или неприятные. Понятие, близкое апатии.

**Атипический** (а + *греч. typikos* – примерный). Не соответствующий типу, неправильный. Например, атипическое течение МДП.

**Атопогнозия** (*а + греч. topos* – место, положение, *gnosis* – познание). Потеря ориентировки в месте в связи с утратой памяти движений. Один из ранних симптомов опухоли, поражающей Роландову борозду.

**Атропинокоматозная терапия** [Forrer C., 1950]. Применяется при лечении главным образом резистентных к другим методам галлюцинаторно-параноидных состояний, особенно вербального галлюциноза [Бажин Е.Ф, 1972, 1974]. Имеются данные о ее эффективности при Жиля де ля Туретта болезни [Харитонов Р. А., 1985].

Фармакологический эффект предположительно объясняется повышением общей биологической ре-

активности. Высказано также предположение о деблокирующем влиянии атропиновых ком на определенные мозговые структуры, участвующие в патогенезе галлюцинаций [Бажин Е.Ф., 1972]. Отмечается эффективность при галлюцинаторно-параноидной шизофрении. Один из методов преодоления терапевтической резистентности по отношению к нейролептикам [Бажин Е.Ф., 1973]. Лечение начинают с отмены нейролептиков, которые могут снижать чувствительность к атропину, и с проведения пробы на индивидуальную реакцию на него. При отсутствии сенсибилизации к атропину дозы колеблются в среднем от 25 до 100 мг. Атропиновая кома продолжается 2-4 ч и купируется введением физостигмина. Комы повторяют через день (15-20 на курс). Метод не получил широкого распространения из-за технической сложности, необходимости неотступного врачебного контроля в течение продолжительного времени и выраженных соматических и неврологических расстройств в клинической картине комы [Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1988].

**Атрофии головного мозга системные** [Spatz H., 1938]. Группа атрофических поражений головного мозга, выделение которых не находится в связи с инволюционно-возрастными факторами. Типичные примеры – Пика болезнь, Гентингтона хорея.

**Атрофия головного мозга гранулярная** *(лат.*

*granulus* – зернышко) [Spatz H., 1925]. Редко встречающееся заболевание, клиническая картина которого характеризуется инсультами с параличами и гемипарезами, афатическими расстройствами и прогрессирующей деменцией. Наблюдается главным образом в зрелом возрасте. Патологоанатомически – картина поражения сосудов головного мозга, преимущественно артериол. Наружная поверхность коры кажется усыпанной бугорками, зернышками (отсюда название).

**Аура** (*греч. aura* – ветерок, дуновение). Предвестник эпилептического припадка: носит характер моторных, сенсорных, вегетативных или психопатологических симптомов, являющихся начальными проявлениями фокального эпилептического припадка с последующей генерализацией или без нее (например, височного припадка). По преобладающей симптоматике различают А. акустическую (слуховую), вегетативную, вестибулярную (головокружение), висцеральную, вкусовую, двигательную (моторную), зрительную, кардиальную, обонятельную, психическую (например, феномены «уже виденного» или «никогда не виденного»), психосенсорную, речедвигательную (внезапная остановка речи), сенситивную (чувство блаженства или тоски в начале височного припадка), эпигастральную (неприятные ощущения в об-

ласти желудка – боли, урчание и т.д.).

При А. изолированный припадок вслед за ней не развивается. Один из ее вариантов – абсанс-аура [Воронков Г.Л., 1972], при которой в качестве ауры выступают абсансы, проявляющиеся клинически или субклинически, регистрируемые электроэнцефалографически.

**А. протрагированная чувствительная** [Консторум С.И., 1940]. Разновидность сложной эпилептической А., при которой длительно испытываемые больными перманентные парестезии в какой-либо части тела, временами, перед припадком, усиливаются и становятся болезненными. Больные при этом испытывают ощущение удара электрическим током, появляется чувство тоски и одновременно безразличия, тошноты. Непосредственно припадку предшествует слуховая галлюцинация («Теперь уже все»). Больной переживает в это время и ощущения, связанные с нарушениями мышечно-суставного чувства, например выкручивания руки. Иногда больному удается воздействием на руку, крутя ее в другую сторону, предотвратить припадок.

**А. психоинтеллектуальная** [Penfield W., 1929]. Разновидность ауры, наблюдаемая чаще всего при психомоторных припадках и сноподобных состояниях Джексона. Больной испытывает переживания «уже

виденного», «уже слышанного», деперсонализации. Отмечаются явления макро– и микропсии. Рассматривается как симптом поражения миндалевидного тела.

**Аутизм** (*греч. autos* – сам) [Bleuler E., 1911]. «Отщепление» от действительности, фиксация на внутренних переживаниях, аффективных комплексах при шизофрении. Под аутизмом понимают изменение отношения больного к людям, уход в себя, отгороженность от внешнего мира, потерю эмоционального контакта с окружающими. Наблюдается, главным образом, при шизофрении, однако описывается и при грезах у психопатических личностей истероидного круга, у психически здоровых в известные периоды жизни, когда логическое отступает на задний план, – например, у фантазирующих детей при отсутствии у них жизненного опыта, необходимого для овладения логическими формами мышления.

**А. детский** [Kanner L., 1943]. Характерны следующие признаки: 1) нарушение способности устанавливать отношения с людьми с начала жизни; 2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными; 3) недостаточность принятия позы готовности при взятии на руки; 4) недостаточность коммуникативного пользования речью; 5) прекрасная

механическая память; 6) эхолалия; 7) буквальность в употреблении слов; 8) извращенное употребление личных местоимений; 9) нарушение пищеварения на первом году жизни. 10) ранний страх определенных громких звуков и движущихся объектов; 11) монотонное повторение звуков и движений; 12) страх изменений в обстановке (см. *Каннера феномен тождества)* 13) однообразие спонтанной активности; 14) монотонные механические игры с неигровыми предметами; 15) впечатление хорошего интеллекта благодаря успешности в отдельных навыках и умному выражению лица; 16) серьезное выражение лица, напряженное в присутствии людей; 17) хорошее физическое здоровье (см. *Кагана симптомы).*

Рассматривается как нозологически неспецифический синдром, один из его вариантов может быть отнесен к шизофрении и обычно предшествует манифестация процесса [Вроно М.С., 1971, 1976]. Наряду с этим синдром детского аутизма выделяется при шизоидной психопатии как органический аутизм, парааутистические состояния по типу невротических реакций, а также в связи с экзогенными вредностями в анте– и перинатальном развитии при известной неравномерности и задержке развития в дальнейшем [Каган В.Е., 1981].

См. также *Кагана симптомы детского аутизма.*

Син.: синдром Каннера.

**А. судорожный** [Boyer J.S., Deschartrette A., 1980]. Сочетание детского аутизма с Леннокса–Гасто синдромом. С устранением в процессе лечения эпилептических припадков явления аутизма идут на убыль и отмечается восстановление интеллектуального уровня.

Син.: синдром Буайе–Дешатретта.

**Аутистическая психопатия детская** [Asperger H., 1944]. Характеризуется чрезмерной интеллектуальной деятельностью при известной бедности эмоций. Проявляется к трехлетнему возрасту и особенно в первые школьные годы.

От Каннера синдрома детского аутизма отличается более поздним проявлением, хорошим социальным прогнозом; речь ребенка сохраняет свою коммуникативную функцию. Главным психическим дефектом при этом Asperger считает недостаток интуиции, способности использования прежнего жизненного опыта. Недостаток интуиции проявляется в «отсутствии непосредственного чутья действительности» [Ганнушкин П.Б., 1933], тесно связан с недостаточной способностью сопереживания [Личко А.Е., 1977].

Син.: синдром Аспергера.

**Аутоагрессия** (*ауто* + *лат. aggressio* – приступать,

нападение). Агрессивные действия, направленные на самого себя. Чаще всего наблюдается при параноидной шизофрении, иногда в форме самоповреждений, при исходных состояниях шизофрении и глубоком слабоумии. Демонстративные самоповреждения наблюдаются при истероидной психопатии, особенно в состоянии опьянения.

Син.: аутотомия.

**Аутовисцероскопия** *(ауто + лат. viscera* – внутренности, *греч. skopeo* – смотрю, наблюдаю) [Полтавский В.Г., 1965]. Синдром обманов восприятия, связанных с внутренней средой организма. Живостью, динамичностью, сценоподобностью галлюцинации напоминают делирии. Больные «видят» полости своего тела, а в них нередко живые существа, инородные тела. Эти существа и предметы нарушают деятельность внутренних органов. Иногда внутренние полости становятся местом развертывания драматических событий (пламя в животе, легкие охвачены дымом). Четкая фабула отсутствует, характерна быстрая смена галлюцинаторных картин. В дальнейшем, по мере течения заболевания, аутовисцероскопические галлюцинации сменяются истинными зрительными галлюцинациями. Отличается от аутоскопии и геатоскопии отсутствием переживания двойника. Описана при органическом поражении головного

мозга типа энцефалита. Автором относится к галлюциноидам по Попову Е.А., то есть к неразвитым галлюцинациям.

**Аутогенная тренировка.** См. *Шульца метод аутогенной тренировки.*

**Аутодепиляция** *(ауто + лат. depilare* – удалять волосы) [Hallopeau T.H., 1889]. Непреодолимое влечение к вырыванию у себя волос. Наблюдается при ослабоумливающих процессах (прогрессивный паралич), при исходных состояниях шизофрении, а также при выраженных депрессиях и некоторых невротических состояниях. Иногда возникает в связи с кожным зудом.

Син.: Аллопо синдром, трихотилломания.

**Аутокастрация** *(ауто + лат. castratio* – кастрация, оскопление). Самооскопление. Наблюдается у фанатических религиозных сектантов («малая печать» – удаление яичек, «большая» – яичек и полового члена). Иногда наблюдается при параноидной шизофрении в связи с крайне насыщенными и тягостными бредовыми переживаниями, относящимися к половой сфере.

**Аутометаморфоза** *(ауто + греч. metamorphoo* – превращаюсь). Переживание превращения больного в другого человека, животное, неодушевленный предмет (ср.: бред интерметаморфозы и Фреголи симп-

том). Наблюдается при параноидной шизофрении и бредовых психозах позднего возраста.

**Аутометаморфопсия** *(греч. autos*– сам, *meta* – между, *morphe* – форма, *opsis* – зрение). Искаженное восприятие формы или величины собственного тела. Может носить постоянный или преходящий, эпизодический характер (часто при засыпании). А. тотальная характеризуется чувством изменения всего тела, воспринимающегося увеличенным (макросомия) или уменьшенным (микросомия). А. парциальная характеризуется чувством изменения величины отдельных частей тела. Возможно сочетание восприятия одной части или половины тела увеличенной и другой – уменьшенной. Чаще возникает при закрытых глазах, при открытых исчезает.

См. *Схема тела.*

**Аутомизофобия** *(греч. autos* – сам, *miseo* – грязь, *phobos* – страх). Страх загрязнения, заставляющий больного беспрестанно мыться, мыть руки. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и протекающей с навязчивостями шизофрении (особенно детской и подростковой).

**Аутообсервация** *(ауто* + *лат. observatio* – наблюдение). Самонаблюдение, чрезмерное, повышенное внимание к своему телу, его физиологическим отправлениям в поисках болезненных проявлений. Может

быть симптомом дисморфофобии, дисморфомании, наблюдается (особенно в начальной стадии) при ипохондрических неврозе и развитии.

**Аутоориентировка** *(ауто + лат. oriens* – восток). Ориентировка в собственной личности. Ср.: аллопсихическая ориентировка.

Син.: аутопсихическая ориентировка.

**Аутorелаксация** *(ауто + лат. relaxo* – расслабляю). Прием аутогенной тренировки, состоящий в расслаблении скелетных мышц. См. *Шульца метод аутогенной тренировки.*

**Аутосадизм** *(ауто + фр. sadisme* – садизм). Вид полового извращения, направленный на самого себя садизм. Форма мазохизма. См. *Алголагния.*

**Аутоскопия** *(ауто + греч. skopeo* – смотрю) [Fere Ch., 1891]. Форма расстройства схемы тела, относящаяся к соматопсихической деперсонализации. Характеризуется видением самого себя в пространстве, чем отличается от Меннингера – Лерхенталя. геатоскопии, при которой двойник воспринимается больным в собственном теле. Отличается также от раздвоения «Я» – псевдоаутоскопии. Больные жалуются на внезапно наступающие ощущения потери тяжести собственного тела, полета в пространстве, падения и связанное с этими ощущениями чувства двойника. Наблюдается при органических заболеваниях голов-

ного мозга с локализацией поражения в теменно-затылочной области, а также при поражении вестибулярного лабиринта.

**Аутотопагнозия** *(ауто + греч. topos* – место + *а* + *gnosis* – знание, учение) [Pick A., 1908]. Нарушение представлений о собственном теле в целом или в соотношении отдельных его частей. Больные не могут ориентироваться в положении собственного тела, не узнают и не могут показать части своего тела, особенно – на парализованной стороне. Возможны различные варианты А. – А, для половины тела, пальцевая агнозия, А. позы, нарушение ориентировки в правом-левом. Характерна для поражений коры субдоминантного полушария большого мозга.

**Аутофобия** *(ауто + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх одиночества.

**Аутохтонный** *(греч. autochthon* – местный, рожденный тут же). В психиатрии – возникший вне связи с какими-либо внешними причинами, обстоятельствами. Например, аутохтонные идеи [Wernicke C., 1906] – мысли, возникающие у больного вне какой-либо связи с реальным объектом, стимулом и рассматриваемые им как «сделанные», «внушенные» в результате психического, чаще всего гипнотического или телепатического, воздействия извне. А. мысль воспринимается больным как чужая, возникшая вне понятных

для него ассоциаций. Проявление Кандинского–Клерамбо синдрома психического автоматизма.

**Аутоэротизм** *(ауто + греч. eros* – любовь, желание, страсть) [H. Ellis]. 1. Син.: онанизм. 2. Направленность полового влечения на собственную личность. Син.: аутоэрастия, аутомоносексуализм, аутофилия, нарциссизм.

**Аутоэхосимптомы** *(ауто + греч. echo* – эхо, отголосок) [Stransky E.]. Симптомы механического многократного повторения больным слов и фраз собственной речи и своих движений. Проявление стереотипии. Наблюдается главным образом при кататонической шизофрении. К А. относят аутоэхолалию и аутоэхопраксию.

**Афагия** *(а + греч. phagein* – есть). Нарушение глотания. Наблюдается как при поражении мышц, обеспечивающих акт глотания, и верхних отделов пищевода, так и при неврозах, особенно истерии. При этом глотательные акты могут сопровождаться болевыми ощущениями – А. болевая.

**Афазия** *(а + греч. phasis* – речь). Нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры головного мозга доминантного полушария. Системное расстройство различных видов речевой деятельности. По классической систематике А. различаются:

**А. амнестическая** [Trousseau A., 1864, Bateman,

1898] – симптомокомплекс, характеризующийся расстройством нахождения нужных слов, затруднениями в назывании предметов, хотя представления об этих предметах и их свойствах больной сохраняет. Наблюдается при поражении теменно-височных и теменно-затылочных отделов доминантного полушария.

**А. моторная** [Broca P., 1861] – симптомокомплекс, характеризующийся преимущественными нарушениями экспрессивной речи. Утрачивается способность произносить слова при отсутствии признаков органического поражения периферического речевого аппарата. Для речи характерны аграмматизм («телеграфный стиль»), парафазии с нарушением структуры слова, контаминации. Наблюдается при поражении задней трети нижней лобной извилины доминантного полушария (центра Брока).

**А. семантическая** [Head H., 1926] – симптомокомплекс, характеризующийся нарушением понимания смысла грамматически сложных фраз, отношений между словами, выражаемых с помощью флексий, атрибутивных конструкций, предлогов, сравнительных конструкций. Наблюдается при поражении области на стыке теменной, затылочной и височной долей доминантного полушария.

**А. сенсорная** [Wernicke C., 1874] – характерно нарушение способности понимать значение слов при

отсутствии каких-либо поражений слуха. Относительная сохранность экспрессивной речи. Многоречивость вплоть до логореи. Парафазии – вербальные и литеральные. Затруднения в различении близких звуков. Наблюдается при поражении задней части верхней височной извилины доминантного полушария (центр Вернике).

**А. транскортикальная** [Lichtheim L., 1885] – вначале рассматривалась как самостоятельная форма, являющаяся результатом повреждения ассоциативных путей между центрами Брока и Вернике и центром понятий. В настоящее время понимается как более легкая степень расстройств речи при моторной и сенсорной афазии с сохранностью повторной речи.

В соответствии с классификацией А.Р. Лурия [1962], основанной на теории системной динамической локализации высших психических функций, различают следующие формы А., каждая из которых обусловлена выпадением одного из факторов в связи с той или иной локализацией очага поражения: 1) афферентная моторная (кинестетическая) – на первый план выступают нарушения кинестетической основы речевых движений, расстройства артикуляции; 2) эфферентная моторная (кинетическая) – характерны нарушения плавности речи, речевая деавтоматизация, затруднения в переходе от одной артикуляции к дру-

гой; 3) динамическая – наблюдаются расстройства активного построения речевых процессов; 4) акустико-гностическая сенсорная – нарушено различение близких (оппозиционных) фонем, при более массивных поражениях страдает различение всех звуков речи, возможны явления речевой акустической агнозии; 5) амнестико-сенсорная – характерны нарушения называния слов, затруднения в вербальном обозначении показываемых больному предметов. Кинестетическая афазия наблюдается при распространении поражения с прецентральной коры на нижние отделы этой области (зоны вторичной организации кинестезии лица, губ и языка), кинетическая – в нижних отделах премоторной зоны, динамическая – при поражении конвекситальных отделов лобных долей, акустико-гностическая – при локальных поражениях вторичных отделов коры височной области, амнестико-сенсорная – при поражении теменно-затылочных отделов коры большого мозга.

**Афония** *(а + греч. phone* – голос). Утрата голоса, отсутствие звучной речи при сохранности шепотной. Наблюдается при органических поражениях ЦНС, гортани, но может быть обусловлена и психогенией (чаще всего в рамках истерических психозов и неврозов). Такая психогенная А. носит функциональный, обратимый характер. Характерно неполное смыкание голо-

совых связок при слабом их напряжении, однако во время аффекта может внезапно появиться громкий, звучный голос.

**Афразия** (а + *греч. phrasis* – речь). Утрата речи психогенного происхождения. Синдром истерии, обычно сочетается с полным мутизмом.

**Аффект** *(лат. affectus* – душевное волнение, страсть). Кратковременное чувство, бурно протекающее, положительно или отрицательное окрашенное. Чаще всего возникает психогенно. Характерны бурные вегетативные проявления. Различают А. стенические (например, гнев, радость) и астенические (тоска, страх, тревога). При отсутствии возможности нормального отреагирования происходит образование застойного А.

**А. недоумения** [Корсаков С.С., 1893] – симптом эмоциональной патологии, первоначально описанный при депрессивных формах острой спутанности и вообще при психозах, протекающих с расстройствами сознания. Проявляется в мучительном непонимании больными своего состояния. По современным представлениям, соответствует понятию симптома растерянности [Беленькая Н.Я., 1966, 1970; Позднякова С.П., 1972, 1976].

А.В. Снежневский [1958] характеризует растерянность как остро возникающее расстройство психи-

ческой деятельности, сопровождающееся либо нарушением самосознания, либо чувством непонятной, необъяснимой измененности окружающего мира. Аффект недоумения входит в структуру различных психотических синдромов – бредовых, нарушенного сознания – и в рамках тех или иных психозов приобретает специфические черты. Так, при шизофрении симптом растерянности отражает неспособность понять изменения, касающиеся обращенных «вовнутрь» болезненных переживаний, тогда как при алкогольных параноидах он носит характер эмоциональных реакций с недоумением, вопрошающей мимикой, возникших в результате остро наступившей измененности, необычности происходящего вокруг, то есть при обращенности переживаний «вовне» [Storring G., 1939; С.П. Позднякова, 1972].

**А. неопределенный** [Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я., 1970] – типичное для шизофрении и наблюдающееся на ранней стадии заболевания изменение аффекта. Это первоначальная стадия предстоящих апатических изменений. Чувства больных аморфны, лишены определенных рамок. Аффект как бы смыт, бледен.

Свидетельствует о небольшой интенсивности психотического процесса, о тенденции к медленному его течению и в прогностическом отношении является

неблагоприятным признаком, свидетельствующим о малой успешности активной терапии.

**А. патологический** – возникает при воздействии острой психогении и носит кратковременный характер. При этом отмечается сужение сознания, сосредоточенного главным образом на травмирующих переживаниях. Заканчивается аффективным разрядом, во время которого часты агрессивно-разрушительные действия. В состоянии аффективного разряда нарушение сознания является глубоким, оно сопровождается дезориентировкой, бессвязной речью, чрезмерной жестикуляцией. Выход в состояние безразличия, безучастности, общей расслабленности, сменяющееся глубоким сном. После А. патологического наблюдается амнезия конградная.

Таким образом, А. патологический, относящийся к исключительным состояниям, является острым психозом и обязательно протекает с нарушением сознания: с отрывом его от действительности, искаженным ее восприятием и ограничением сознания узким кругом представлений, непосредственно связанных с личностно-значимым раздражителем.

**А. физиологический** – протекает без нарушений сознания, автоматизмов в двигательно-волевой сфере и амнезии. Развивается А. физиологический менее остро, в его течении нельзя проследить четкую

смену фаз, присущих А. патологическому – подготовительной, взрыва и исходной. Син. А. физиологического: сильное душевное волнение. Основной дифференциально-диагностический критерий А. патологического и А. физиологического – присущее первому помрачение сознания [Сербский В.П., 1912].

**А. физиологический на патологической почве** [Сербский В.П., 1912] отмечается у «лиц, предрасположенных, с мало устойчивой нервной системой, у очень впечатлительных, нервных», переходная форма между физиологическим и патологическим А. Важен анализ не только клинических проявлений, но и патологической почвы А. (психопатия, хронический алкоголизм). При А.ф.н.п.п. сознание не вполне ясное, но степень его расстройства незначительна. Характерно несоответствие силы А. вызвавшей его причине. Нередко А. может достигать значительной интенсивности и приводить к преступлению.

**Аффектабилитет.** Чрезмерная активность, склонность к легкому возникновению бурных аффективных проявлений, нередко продолжительных и неадекватных вызвавшей их причине. Наблюдается при неврозах, у психопатических личностей, при психопатоподобном варианте органического психосиндрома, некоторых астенических состояниях, в первую очередь гиперстенических.

**Аффективное реагирование** [Меграбян А.А., 1972]. Пять основных типов аффективного реагирования, характеризующиеся особенностью мотивации в волевой сфере: 1) кататимный – в состоянии выраженного аффекта совершаются поступки, противоречащие регулируемой сознанием социальной практике человека без диссоциации между гностическими и протопатическими позициями. Типичны для невротических состояний, патологических развитии личности; 2) голотимный – характеризуется поляризацией эмоциональной настроенности – депрессивной и маниакальной, с преобладанием протопатической аффективности. Наблюдается при аффективных психозах; 3) паратимный – характеризуется выраженной диссоциацией между корково-гностическими и подкорково-протопатическими чувствами, неадекватностью бреда и галлюцинаций аффективной настроенности больного, оскуднением содержательных гностических чувств и несоответственным оживлением подкорковых компонентов импульсивной аффективности. Наблюдается при шизофренных психозах; 4) эксплозивный – совмещение инертности и тугоподвижности аффектов с взрывчатостью и импульсивностью. Типичны внезапное начало и быстрое окончание аффективной реакции. Страдают гностические компоненты аффективности, в развернутой стадии болезни вы-

являются гностико-мнестические нарушения с непродуктивностью мышления, оскуднением и сужением психического содержания. Типично обострение протопатических компонентов аффективности, особенно явственных на фоне затемненного сознания. Наблюдается при эпилепсии – истинной и симптоматической; 5) дементный, различия в рамках которого обусловлены характером и степенью поражения интеллектуальных функций. В начальных стадиях болезни обнаруживаются элементы аффективного реагирования вышеописанных типов, которые по мере течения процесса стираются, и в дальнейшем наблюдается все большее растормаживание примитивных импульсивных влечений, в поведении больных социально-этические мотивы уступают место низшим, физиологическим потребностям и примитивным влечениям.

**Аффективный фон.** Преобладающее настроение, определяющее характер протекания некоторых психических процессов. Например, аффективным фоном в различных фазах в МДП определяется разный характер присущих им изменений мыслительной деятельности (голотимное мышление).

Син.: голотимия.

**Аффектов неподвижность** [Bleuler E., 1906, 1916]. Длительность аффектов, не меняющихся под воздействием новых переживаний и впечатлений, их засты-

вание, чрезмерная стойкость.

**Аффект-синдром псевдопсихопатический** [Peters U.H., 1969]. Описан при височной эпилепсии и характеризуется характерологическими изменениями, не укладывающимися в рамки описанных типов психопатии. Свойственны изменения аффективной сферы, частые и быстрые смены настроения, истощаемость аффекта. Аффективные взрывы, в отличие от эксплозивности при генуинной эпилепсии, отличаются нестойкостью, непродолжительностью. Отмечается сосуществование противоположных тенденций в поведении. Отсутствуют явные признаки эпилептической деменции. Изменение личности – по инфантильно-эгоцентрическому или ипохондрическому типу. Часты явления социальной дезадаптации, антисоциальные тенденции, склонность к употреблению алкогольных напитков. В некоторых случаях, при наличии в клинической картине наряду с сумеречными эпизодами больших эпилептических припадков, А.-с.п. обнаруживается и при наличии характерных для генуинной эпилепсии изменений личности.

**Аффект-эпилепсия** [Bratz E., 1906; Leubusxher P., 1907]. Психогенно возникающие эпилептиформные припадки у лиц психопатического склада, нередко при наличии органической церебральной патологии (олигофрения, церебральный атеросклероз). Припад-

ки никогда не развиваются эндогенно и не приводят к образованию эпилептического слабоумия. Современными исследователями припадки А.-э. относятся к эпилептическим реакциям.

**Аффицирование** [Kretschmer E., 1922]. Одна из главных особенностей протекания аффектов, определяемая характером и степенью изменений чувств и настроения под воздействием внешних раздражителей. Способность к А. выражается, по Kretschmer, характерными для определенных конституциональных типов личности пропорциями темперамента.

**Аха методика** [Ach N., 1921]. Экспериментально-психологическая методика для исследования способности к абстрактному мышлению путем формирования искусственных понятий. Используется набор геометрических фигур, классификация которых возможна по разным признакам. Один из этих признаков берется исследующим за основу классификационного принципа, который и должен найти обследуемый. Известны варианты методики А.С. Сахарова и Л.С. Выготского [1930], Haufmann E., Kasanin G., [1930], Е.А. Рушкевич [1953].

**Ахроногнозия** *(а + греч. chronos* – время, *gnosis* – знание, познание). Нарушение осознания времени восприятия определенного предмета или явления: например, многократно слышанное воспринимается

как новое.

Син.: ахронозия.

**Ашара–Тьера синдром** [Achard E.Ch., Tiers J., 1921]. Сочетание гирсутизма с сахарным диабетом у женщин. Рост волос на теле по мужскому типу. Другие признаки вирилизации отсутствуют. Ожирение. Аменорея. Часто – артериальная гипертензия.

Причина – базофильная аденома гипофиза, опухоль надпочечников.

Син.: диабет бородатых женщин.

**Ашаффенбурга симптом** [Aschaffenburg G., 1896]. Наблюдается при белой горячке. Больной «разговаривает» по телефону, предварительно отключенному от сети. При этом в патогенезе важную роль, как и при Рейхардта симптоме, играют повышенная внушаемость хронических алкоголиков и их склонность к возникновению галлюцинаций.

**Ашаффенбурга синдром** [Aschaffenburg G.]. Острое преходящее психическое расстройство в форме аффекта растерянности. Иногда наблюдается у женщин во время родов или сразу же после них.

**Аэроневроз** *(греч. aer* – воздух, *neuron* – нерв). Невротические состояния, возникающие у лиц летной профессии – летчиков, стюардесс. Характерны повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, эйфорические или фобические состояния, сни-

жение двигательной активности, расстройства желудка. Возникает в связи с особенностями летной работы (эмоциональное напряжение, боязнь высоты, психогенные факторы – переживания по поводу авиационных катастроф).

**Аэрофагия** *(аэро + греч. phagein* – есть, поедать). Заглатывание избыточного количества воздуха с последующим его отрыгиванием, несколько облегчающим ощущение дискомфорта. Нередки при этом чувство стеснения за грудиной и боль в эпигастрии. При выраженной и длительной А. могут возникать боли в области сердца, связанные с высоким стоянием диафрагмы. Наблюдается при нерациональном приеме пищи, некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта и неврозах, особенно истерии.

**Аэрофобия** *(аэро + греч. phobos* – страх): 1. Симптом бешенства – возникновение судорог в связи с раздражением кожных покровов даже легким ветерком; 2. Навязчивый страх, боязнь сквозняков.

# Б

**Бабенковой синдром правого полушария** [Бабенкова С.В., 1967]. Психические нарушения, наблюдающиеся преимущественно при поражении коры правого полушария: корсаковоподобный амнестический синдром, анозогнозия, «псевдомория» (эйфория, дурашливость, расторможенность), дезориентировка в пространстве, нарушение восприятия времени, психомоторное возбуждение, помрачение сознания (в том числе сноподобные состояния сознания – делирий, онейроид), аментивные нарушения сознания.

**Бабинского – Вакеза болезнь** [Babinski J., Vaquez L.H., 1901]. Абортивный вариант спинной сухотки. Характерны узкие, не реагирующие на свет зрачки, аортит со склонностью к развитию аневризмы аорты, ослабление или отсутствие коленных рефлексов, симптоматика хронического менингоэнцефалита.

**Бабинского симптом** [Babinski J., 1914]. Наблюдается при гемиплегии, когда больные не знают о своем параличе. Отсутствуют признаки деменции или нарушенного сознания. Анозогнозия паралича не является непременной. Некоторые больные знают об имеющемся у них параличе конечностей, но не придают

ему значения (анозодиафория).

**Бабинского–Фромана синдром** [Babinski J., Froment J., 1918]. Возникающие после незначительной травмы функциональные парезы и мышечные контрактуры, сочетающиеся с рефлекторными неврологическими расстройствами (каузалгиями, посттравматическим отеком, посттравматическим остеопорозом).

**Базоспазм** *(греч. basis* – ходьба, шаг, *spasmos* – судорога). Спастическая форма абазии. Наблюдается при истерии.

**Базофобия** *(база* + *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь ходьбы. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и астено-фобическом синдроме.

**Байярже симптом** [Baillarger J., 1887]. Неодинаковая величина зрачков при прогрессивном параличе.

**Бактериофобия** *(греч. bacteria* – палочка, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться бактериями от инфицированных предметов.

Син.: бациллофобия.

**Балара–Дежана–Пе синдром** [Balard, Degen, Paie, 1945]. Энцефалопатия после менингоэнцефалита, характеризующаяся расстройствами памяти, недостаточной активностью, головной болью, головокружением, болью в позвоночном столбе, чувством уста-

лости.

**Балинского зрачковые симптомы** [Балинский И.М., 1859]. Характерные для прогрессивного паралича признаки – неравномерность зрачков и отсутствие их реакции на свет. И.М. Балинский подчеркивал значение этих симптомов для ранней диагностики заболевания. Описание зрачковых симптомов прогрессивного паралича И.М. Балинским определило исследования D. Argill Robertson [1869] и J. Baillarger [1887].

**Балинта группы** [Balint M.]. Рабочие группы врачей общего профиля для обучения психотерапии под руководством опытных психоаналитиков. Названы по имени инициатора создания регулярного проведения этих семинаров венгерского психоаналитика Балинта, эмигрировавшего в Англию в 1940 г. и организовавшего первый семинар на тему «Психические проблемы в практике врача» в 1949 г. в клинике Тевисток-колледжа в Лондоне.

**Балинта диета** [Balint R.]. Диета с ограничением суточного количества поваренной соли. Была предложена для лечения эпилепсии. В настоящее время самостоятельно не назначается, уменьшение соли является составной частью диеты при эпилепсии.

**Балинта синдром** [Balint R., 1909]. Симптомокомплекс «психического паралича взгляда». Больной в состоянии фиксировать свой взгляд только на одном

из предметов, находящихся перед его глазами, и «не видит» при этом остальных, не может определить расстояние между несколькими предметами. Отсюда затруднения при чтении длинных слов, невозможность охватить взглядом и описать весь рисунок при правильном назывании отдельных его деталей (симультанная агнозия). В основе Б.с. – нарушения контроля за движениями глаз, затруднения изменения точки фиксации взора.

Наблюдается при двустороннем поражении теменных долей большого мозга, чаще всего сосудистого и атрофического генеза.

Син.: атаксия оптическая, паралич взгляда психический.

**Бало болезнь** [Balo J., 1927]. Органическое заболевание головного мозга, по симптоматике напоминающее болезнь Шильдера. Характерно повышение внутричерепного давления с застойными дисками зрительных нервов. Прижизненно обычно не диагностируется. Патологоанатомически – в средних отделах белого вещества полушарий головного мозга обнаруживаются круглые очаги, состоящие из центростремительных круглых тяжей. Рассматривается как форма рассеянного склероза.

Син.: демиелинизирующая энцефалопатия, периаксиальный концентрический энцефалит, концентри-

ческий склероз.

**Бамбергера синдром** [Bamberger H., 1859]. Редкая форма истерии. Характерны клонические сокращения мышц нижних конечностей, подпрыгивания, танцеподобные движения, возникающие при соприкосновении ног с землей.

Син.: сальтаторный спазм *(лат. saltatio* – пляска).

**Барагнозия** *(греч. baros* – тяжесть, *а* – не, *gnosis* – познание). Форма агнозии, при которой нарушено восприятие тяжести предметов. Служит проявлением расстройства барестезии (разновидность проприоцептивной чувствительности). Наблюдается при поражениях мозжечка.

**Барбитуратизм.** Форма токсикомании, связанная с систематическим приемом больших доз барбитуратов и развитием хронической интоксикации.

Син.: барбитуромания.

**Барбитураты.** Группа лекарственных веществ, производных барбитуровой кислоты. Обладают седативным, снотворным, наркотическим и противосудорожным действием (сама барбитуровая кислота снотворного эффекта не дает). Оказывают тормозящее влияние на ЦНС. При повторном приеме может развиться привыкание, при систематическом длительном приеме появляется психическая и физическая зависимость.

**Барилалия** *(греч. barys* – тяжелый, *lalia* – речь). Невнятное, неразборчивое произношение слов при дизартрии (прогрессивный паралич).

**Барофобия** *(греч. baros* – тяжесть, *phobos* – страх). Навязчивый страх подъема тяжести.

**Барре симптом** [Barre M., 1939]. Одна из верхних конечностей во время активного движения внезапно на некоторое время неподвижно застывает. Иногда другой рукой больной пытается привести в движение неподвижную. В некоторых случаях после этого отмечается судорожный припадок с последующим нарушением сознания. Свидетельствует о поражении лобной доли большого мозга, противоположной неподвижной руке.

**Барре синдром дисгармонический** *(греч. dys* – отклонение от нормы, *harmonia* – соразмерность). [Barre M.]. Нарушение походки, падение в позе Ромберга, нистагм. Наблюдается при локализации органического процесса в полушариях мозжечка.

**Барюка психотерапия через понимание** [Baruk H.]. Один из вариантов метода рациональной психотерапии, при котором врач убеждением создает у больного оптимистическое отношение к вопросам выздоровления, учит приспосабливаться к окружающему.

**Барюка тест** [Baruk H., 1947]. Психологическая методика, направленная на исследование «моральных

способностей суждения». Обнаруживается личностная позиция обследуемого в отношении описываемых в экспериментальных заданиях сложных жизненных коллизий, конфликтных ситуаций. При анализе ответов больного обращается внимание на то, насколько в его суждениях представлены аффективная и рационалистическая точки зрения. В связи с тем, что обследуемый в какой-то мере идентифицирует себя с одним из персонажей задания, подвергающимся воздействию психического стресса, методика содержит элементы проективности, близка к методике фрустрации Розенцвейга. Установлено существенное различие показателей у психически здоровых и больных шизофренией.

Син.: цедек-тест (от древнеевр. слова «цедек», обозначающего специфическую разновидность морального чувства, «нечто вроде слияния сердца и разума»).

**Батеофобия** *(греч. bathes* – глубина, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь высоты. Проявляется при нахождении на высоте (на крыше, балконе высокого этажа, над пропастью).

Син.: батофобия.

**Батианестезия** *(греч. bathys* – глубокий, *a* – не, *aisthesis* – чувство, ощущение). Нарушение проприоцептивной глубокой чувствительности. Является по-

стоянным признаком спинной сухотки. Наблюдается также при истерии.

**Баттаризм** *(греч. battarismos* – заикание). Форма заикания при ускорении темпа речи. Речь носит толчкообразный характер с остановками для дыхания. Отмечается искажение отдельных слов.

**Бегство в болезнь.** Одна из форм реакций личности на неблагоприятную, психогенно травмирующую ситуацию. Проявление механизма патологической психологической защиты. Характеризуется невротической, функциональной, соматической, вегето-дистонической симптоматикой. Частая причина возникновения ипохондрических состояний (ипохондрического невроза, развития).

**Бегство в работу.** Реакция личности на неблагоприятную, психогенно травмирующую ситуацию. Сведение круга интересов к работе позволяет индивидууму вытеснить психогению.

**Бедлам** (от сокращ. *Bethlehem).* Нарицательное название для обозначения сумасшедшего дома. Ведет свое начало от психиатрической больницы в Лондоне, преобразованной в 1547 г. из общежития религиозного братства «Господа нашего из Вифлеема», которая первоначально носила название Марии Вифлеемской (Вифлеем – город в Иудее).

**Безоар** *(фр. bezoard).* Инородное тело в желудке,

образовавшееся из непереварившихся частиц пищи, несъедобных предметов, проглоченных больным. В ряде случаев требует оперативного вмешательства.

См. *Рапунцель синдром.*

**Бейля болезнь.** См. *Паралич прогрессивный.*

**Бека шкала депрессии** [Beck A.T., 1961]. Служит для характеристики степени выраженности депрессии по самооценке. Охватывает 21 симптом депрессии (в сокращенном варианте – 13 симптомов): пониженное настроение, пессимизм, чувство недовольства собой, неудовлетворенности, вины, самообвинение, влечение к смерти, раздражительность, неспособность к работе, нарушение сна и т.д. Применительно к каждому вопросу возможны четыре утверждения, отражающие различные степени самооценки. Результаты коррелируют с показателями, получаемыми по Гамильтона шкале.

**Бекмана–Рихтера метод исследования личности** [Beckmann D., Richter H.E., 1972]. Психологическая методика исследования личности и анализа социальных отношений, особенно в малых группах. С помощью теста изучают, какими обследуемые видят или хотели бы видеть себя и других, какими видят их окружающие, каким должен быть идеальный представитель определенной социальной группы. Предназначен для исследования лиц в возрасте от 18

до 60 лет. Содержит шкалы социального резонанса, доминантности, контроля, преобладающего настроения, открытости – замкнутости, социальной потенции.

**Беллака–Беллак апперцептивный детский тест** [Bellak L., Bellak S.S., 1955]. Проективная методика для исследования детей в возрасте до 10 лет. Создана по образцу тематического апперцептивного теста Мюррея–Морган и состоит из 10 картинок с изображениями животных в различных ситуациях, напоминающих человеческие взаимоотношения. Используется для исследования детских конфликтов, помогает определить личностную позицию ребенка, его модус видения мира.

**Белонофобия** *(греч. belone* – острие, игла, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь острых предметов – уколоться, проглотить иглу.

**Беляева методика репродуктивной тренировки** [Беляев Г.С., 1971]. Модификация метода аутогенной тренировки Шульца, основанная на сенсорной репродукции и самонаблюдении. Основную роль играют обучение приемам концентрации внимания и самоконтроля при помощи сложного дыхательного ритма и идеомоторной тренировки, использование дыхательных упражнений в успокаивающем и мобилизующем вариантах. Значительно уменьшается роль суггестивного влияния врача. Сенсорная репродукция – вари-

ант самовнушения, основной ее прием – образное мышление.

**Бена–Роршаха тест** [Behn-Eschenberg H., 1952]. Тест, параллельный Роршаха тесту. Состоит из 10 черно-белых и цветных пятен и предназначен для контрольных и повторных исследований больных, ранее обследованных с помощью теста Роршаха, созданного в одном варианте. Аналогичен Фухс–Роршаха тесту.

Син.: Беро-тест.

**Бендер гештальт-тест** [Bender L., 1938]. Предназначен для выявления поражений головного мозга. Заключается в копировании девяти фигур со специальных карт или диапозитивов. Результаты интерпретируются с позиций гештальт-психологии. Разработана система стандартизации теста и количественных оценок получаемых данных.

**Бентона тест зрительной ретенции** [Benton A.L., 1955]. Экспериментальная методика исследования памяти по репродукции предъявляемых больному геометрических фигур. Производится количественная и качественная оценка результатов. Различают ошибки, типичные для здоровых людей, и так называемые «органические», наблюдающиеся у больных с органической церебральной патологией.

**Беньямина синдром** [Benjamin E., 1911]. Соче-

тание олигофрении с гипохромной анемией и конституциональными телесными особенностями (низкий рост, гидроцефальный череп, грацильные кости, гипоплазия половых органов). Наблюдается главным образом у преждевременно родившихся детей.

**Бера синдром** [Behr C., 1905]. Семейно-наследственная патология (аутосомно-рецессивный тип наследования). Характерны следующие признаки: 1) двусторонняя атрофия зрительных нервов со скотомами, нарушениями цветоощущения и поражением роговицы; 2) двусторонняя мозжечковая дисфункция (атаксия, нистагм, гиперрефлексия, Бабинского симптом); 3) олигофрения.

**Бергманн метод лечения навязчивых состояний** [Bergmann B., 1963]. Психотерапевтический метод. Применяется для лечения навязчивого мудрствования; используется прием отвлечения внимания. Больному рекомендуют при появлении навязчивых мыслей чем-нибудь заняться, отвлечься. Отвлекающие занятия продумываются совместно с врачом. Вызываются приятные воспоминания.

**Бержерона болезнь** [Bergeron E.J.]. Истерическая хорея. Наблюдается у детей 7-14 лет. Возникает психогенно. Хореоатетические судороги захватывают мышцы затылка, области плеч и лопаток и исчезают во время сна.

Син.: электрическая хорея.

**Бернрейтера опросник** [Bernreiter R.G., 1931]. Личностный опросник, содержащий 6 шкал: невротических тенденций, самоудовлетворенности, интро– и экстраверсии, доминирования – подчиненности, уверенности, социабельности. Предназначен для исследования детей в возрасте от 9 до 16 лет.

**Бернштейна психологические методики** [Бернштейн А.Н., 1911].

1. Методика установления последовательности событий. Направлена на исследование интеллектуального уровня. Для выполнения задания обследуемый должен установить различия в отдельных элементах рисунков и, руководствуясь ими, определить последовательность расположения сюжетных рисунков, установить связь событий, отраженных на них.

2. Проба на комбинаторику. Экспериментально-психологическая методика для исследования интеллектуального уровня. Обследуемому предлагают (в возрастающей сложности) составить серию из разрезанных на части рисунков.

Входят во многие тесты для исследования интеллекта, в том числе и в тест Векслера.

**Бернштейна симптом** [Бернштейн А.Н., 1912]. Наблюдается у кататоников с восковой гибкостью; если придать вынужденное положение правой руке боль-

ного, а затем резким движением поднять и удержать в воздухе его левую руку, то правая рука сама по себе опустится, тогда как левая окажется застывшей в приданном ей положении.

**Берса–Конрада синдром** [Bers N., Conrad K., 1954]. Хронический тактильный галлюциноз. В связи с тактильными галлюцинациями (ползание насекомых по коже) нередко возникает «паразитарный бред», так называемый пресенильный дерматозойный бред Экбома.

**Бертранизм.** Некрофилия с садизмом, некросадизм. Особая жестокость в обращении с трупом, нередко обезображиваемым и разрезаемым на части. Название связано с именем французского сержанта, ставшего героем скандального уголовного процесса.

**Бессознательное.** Совокупность психических явлений, процессов и состояний, не осознаваемых субъектом. Б., по П. Жане, рассматривалось как явление, связанное с ослаблением контроля сознания и психической диссоциацией. По З. Фрейду, структура психики включает в себя сознание, предсознание и Б., отделенное от двух предыдущих особой психической инстанцией – цензурой. В Б., как считают последователи З. Фрейда, рождаются неприемлемые для сознания инстинкты, импульсы, которые не пропускаются цензурой, вытесняются ею. Невозможность отреа-

гирования служит причиной возникновения комплексов, лежащих в основе появления психопатологической, в первую очередь невротической, симптоматики. Оставшиеся неотреагированными импульсы проявляются, по З. Фрейду, и в виде описок, обмолвок, ошибок памяти, сновидений. Б., по мнению последователей З. Фрейда, находится в постоянном антагонизме с сознательным, оно не подчиняется каким-либо физиологическим или психологическим законам и познаваемо лишь настолько, насколько мы умеем трактовать его символические проявления, главным образом выводимые из представления о доминирующей роли сексуального фактора в развитии и функционировании человеческой психики.

В психоаналитической литературе с Б. часто отождествляют термин «подсознание», «подсознательное».

В отечественной психологии и психиатрии термину Б. часто противопоставляется понятие о неосознаваемых формах психической (высшей нервной) деятельности.

Отечественная наука не отрицает роли Б. в психической деятельности человека. Изучаются методологические подходы к исследованию проявлений Б. В частности, с этой целью широко привлекается метод изучения установки Д.Н. Узнадзе. Клинический инте-

рес представляет исследование Б. в аспекте изучения механизмов психологической защиты как непосредственной формы его проявления. В качестве материала для изучения Б. привлекается анализ сна, гипноза. Рассматриваются возможности синергизма сознания и Б.

**Бета-волны.** Низкоамплитудные колебания суммарного потенциала головного мозга с частотой 13-25 Гц, по форме близкие к треугольным вследствие заостренности вершин. Относятся к быстрым волнам. Их амплитуда в 4-5 раз меньше, чем амплитуда альфа-волн. Наблюдаются главным образом при воздействии различных раздражителей, при выполнении умственной работы и эмоциональном напряжении.

Син.: бета-ритм.

**Беттолепсия** *(греч. betto* – кашлять, *lepsis* – схватывание, приступ). Обморочные состояния, возникающие в связи с сильным кашлем, на высоте кашлевого приступа. Иногда протекают с судорогами. Наблюдаются чаще всего при хронической сердечно-легочной недостаточности. Припадки носят характер синкопических, обмороков. Не существует эпилептических припадков, провоцируемых кашлем.

Син.: кашлевой синкопальный припадок, обморок кашлевой, синдром кашлево-обморочный, эпилепсия кашлевая.

**Бехтерева методика самовнушения** [Бехтерев В.М., 1890]. Вариант метода самовнушения, заключающийся в том, что при недостаточном действии самовнушения психотерапевт усиливает его, «обучая» больного самовнушению в гипнотическом состоянии. Погруженный в гипнотическое состояние больной от своего имени повторяет за врачом формулу самовнушения. Эффективность самовнушения усиливается тем, что психотерапевт эмоционально заряжает формулу самовнушения, а также в связи с сочетанием с воспоминаниями больного о врачебном внушении. Включается в комплексе психотерапевтических мероприятий при лечении алкоголизма [Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965].

**Бехтерева постэнцефалитические симптомы** [Бехтерев В.М., 1926].

1. Тахифемия – прогрессирующее ускорение темпа речи при остающейся неизменной монотонности голоса.

2. Тахибазия – прогрессирующее ускорение движений при ходьбе.

3. Пароксизмальное топтание на месте, многократное переступание с ноги на ногу.

Отмечаются на фоне паркинсонизма, амимии и объясняются поражением экстрапирамидных путей.

**Бехтерева психотерапевтическая триада** [Бехте-

рев В.М., 1928]. Метод психотерапевтического лечения алкоголизма, включающий в себя: 1) коллективные психотерапевтические беседы, во время которых осуществляется воздействие на больных, перевоспитание их при помощи убеждения, разъяснения и т.д.; 2) коллективные сеансы гипноза; 3) коллективное обучение самовнушению (самоутверждению). Во время гипноза внушение сочетается с убеждением (мотивированное внушение). Психотерапия, по В.М. Бехтереву, сочетается с назначением общеукрепляющих, тонизирующих, сердечных и успокаивающих средств. Б.п.т. используется в комплексном лечении больных алкоголизмом целиком или отдельными своими элементами [Николаева И.И., 1941; Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965; Виш И.М., 1969].

**Бехтерева фобические симптомы.** 1. «навязчивая улыбка» – навязчивый страх некстати улыбнуться, что, как опасается больной, может привлечь к нему внимание и вызвать неприязненное отношение со стороны окружающих, у которых может создаться о нем превратное впечатление. Наблюдается у лиц застенчивых [1899].

2. Непереносимость или боязнь чужого взгляда [1900]. Больные совершенно не переносят обращенного на них взгляда; почувствовав его, приходят в волнение. Такое состояние может быть связано с одним

лишь предположением, что кто-то на них посмотрел или посмотрит. Опасение, что пристальный взгляд обнаружит «плохие» мысли больного, что его поведение (беспокойство, волнение, отворачивание) может послужить поводом для подозрения в чем-то нехорошем.

Боязнь чужого взгляда описывалась почти в одно и то же время Гартенбергом [Hartenberg P., 1904] и С.А. Сухановым [1905], подчеркивавшими большую роль в ее генезе черт тревожно-мнительного характера больного и отмечавшими свойственное этим больным стремление к уединению, изоляции от общества, выработке защитных приёмов. Некоторыми исследователями этот симптом рассматривается как проявление дисморфофобий.

**Бёкера тест** [Bocker F., 1961]. Психологическая методика, шкала для определения тяжести переходных синдромов Вика. Состоит из 13 субтестов: например, чтение 5 однозначных чисел; расположение в соответствии с величиной одно-, дву– и трехзначных чисел; расположение в алфавитном порядке заданных слогов; называние предметов; нахождение недостающих деталей в картинках и т.д. Производится количественная оценка ответов больного, при этом учитывается и время, затраченное на выполнение заданий. По результатам состояние больного квалифицирует-

ся как легкий, средний или тяжелый переходной синдром, обнубиляция, выключение сознания.

**Бёниша тест** [Bonisch, 1939]. Один из проективных тестов. Больному предлагают закончить рассказ. Чаще употребляется при психологическом исследовании детей.

**Бёрьесона–Форсмана–Лемана синдром** [Borjesson M., Forssman H., Lehman O., 1961]; Наследственная форма слабоумия с ожирением. Психика характеризуется умственным недоразвитием степени идиотии и наличием эпилептиформных припадков, агрессивными тенденциями, аффективными вспышками. Соматически – малый или карликовый рост, genu valgum, гипотиреоз, диспластические черты в строении лица и черепа (башенный череп, узкие глазные щели, кожа и подкожная основа в области лба и щек отечны, ушные раковины увеличены). Ожирение равномерное, несколько больше выраженное в области молочных желез. Гипогенитализм. Чаще болеют мужчины. Заболевание наследственное, тип наследования рецессивный, сцепленный с полом.

**Бжезицкого симптом.** См. *Парагномен.*

**Бжезицкого синдром** [Brzezicki E., 1927]. Постапоплектический паркинсонизм гипертонически-акинетического характера.

**Библиоклептомания** *(греч. biblion* – книга, *klepto* –

краду, *mania* – безумие, сумасшествие). Непреодолимое влечение к краже книг.

**Библиомания** *(библио + греч. mania* – безумие, сумасшествие). Болезненная страсть к собирательству книг, их коллекционированию (не смешивать с библиофилией – любовью к книгам, осознанным и целенаправленным их собиранием).

**Библиотерапия** *(библио + греч. therapeia* – забота, уход, лечение). Метод психотерапии, основанный на педагогически-дидактических принципах. Осуществляется при помощи книг, в первую очередь художественных. Задача – лечебное воспитание и перевоспитание личности больного воздействием художественного, эмоционального и психологического мастерства писателя, показывающего пути разрешения присущих больному конфликтных, неврозогенных ситуаций. Разработана классификационная схема психогенных реакций, в соответствии с которой составлены каталоги литературы. При подборе книги учитываются максимальное сходство ситуации, описываемой в книге, с ситуацией, сложившейся у больного, и степень доступности этой книги больному.

Син.: либропсихопедия [Вельвовский И.З.].

**Биланизм** *(фр. bilan* – баланс) [Odier Ch.]. Термин для обозначения своеобразного личностного свойства постоянно составлять баланс своих приобрете-

ний или потерь – органических, психических, материальных [Porot A., 1965]. Постоянство и интенсивность стремления к подведению такого рода баланса являются симптомом, характерным для неврозов. Может рассматриваться как форма навязчивости, обусловливающая компенсаторные тенденции в поведении, или стремление избежать ущерба («экономия»).

**Биликевича теория этиоэпигенеза** *(греч. aitia* – причина, epi – на, над, сверх, *genesis* – происхождение) [Bilikiewicz T., 1947]. Рассмотрение сложной структуры психоза в динамике с учетом основных (этиологических) и вспомогательных (патогенетических и патопластических) факторов. В формировании психоза играет роль непрерывное наслаивание этих факторов друг на друга, их сочетанное воздействие на организм в процессе онтогенетического развития. В конечном виде структура психоза представляется многоэтажной, многомерной конструкцией с присущей ей динамикой эволюции патологического процесса. Патологический процесс во времени рассматривается как трехслойный, при этом первый слой – наследственно-конституциональный, второй – органическая основа патологического процесса, третий – функциональные, психотические, невротические наслоения. В картине заболевания одновременно сосуществуют психопатологические синдромы

различного регистра, отличающиеся соответственно по своему клинико-диагностическому и практическому значению. На различных в этиологическом отношении нижележащих синдромологических слоях могут базироваться и внешне сходные по клиническим проявлениям синдромы. В ряде случаев при успешной терапии снимается поверхностный психопатологический слой и обнаруживаются нижележащие синдромологические слои, нередко различные, несмотря на сходство первоначальных эпигенетических симптомов. Один из вариантов сложной структуры психоза – наслоение на уже существующее заболевание симптомокомплекса другого регистра. Иногда это происходит случайно (например, черепно-мозговая травма привносит в картину шизофрении симптоматику органического психосиндрома), иногда – вследствие присущих заболеванию патогенетических механизмов (например, клиническая картина обычного старческого слабоумия видоизменяется с присоединением к ней маниоформного синдрома и приобретает характер пресбиофрении).

По мнению автора, концепция этиоэпигенеза облегчает разрешение стоящих перед психиатрией сложных нозографических проблем.

**Бильшовского метод** [Bielschowsky M., 1903]. Гистологическое исследование тканей головного моз-

га с помощью импрегнации серебром, позволяющее определить состояние нейрофибрилл. Обязателен для патогистологической диагностики сенильно-атрофических процессов в головном мозге.

**Бимонда синдром** [Biemond S., 1934]. Вариант синдрома Лоренса–Муна–Бидля. отличающийся гипоплазией или отсутствием радужной оболочки глаза. Заболевание наследственное.

Син.: гипоталамический синдром Бимонда.

**Бине–Симона психический возраст.** Определение интеллектуального уровня ребенка по соотнесению результатов, получаемых при тестировании (см. *Бине тест)* со среднестатистическими результатами, полученными при стандартизированном исследовании определенных возрастных групп. Понятие возрастной нормы и патологии при этом сопоставляются механистически и лишь по единичным показателям.

**Бине тест** [Binet A., 1905]. Один из первых тестов для исследования интеллектуального уровня детей. Путем сопоставления «интеллектуального» и фактического возрастов выводится так называемый «интеллектуальный коэффициент» (IQ). Известны последующие варианты теста: Бине–Симона [Binet A., Simon Th., 1917); Бине–Термена [Terman L.M., 1937, 1960], или стенфордский.

**Бинсвангера болезнь** [Binswanger O.L., 1894].

Неблагоприятная форма течения церебрального атеросклероза, обусловленная мелкоочаговым поражением сосудов белого вещества головного мозга и вторичной его атрофией. Периоды улучшения кратковременны. С прогрессированием заболевания происходит углубление слабоумия, относительно рано приобретающего глобарный характер, нарастают изменения личности («душевная пустота»), появляются очаговые асемические синдромы и симптомы, эпилептиформные припадки.

Син.: хронический подкорковый энцефалит (устар.), атеросклеротическая энцефалопатия Бинсвангера, синдром Бинсвангера.

**Биотип** *(греч. byos* – жизнь, *typos* – образец, тип). Совокупность врожденных и неизменных свойств индивидуума, биологических и психологических, которые предопределяют его развитие и играют основную предрасполагающую роль по отношению к тем или иным заболеваниям. Термин распространен в западных странах. В значительной мере нивелирует значение психогигиены и психопрофилактики заболеваний.

**Биохимические синдромы** [Полищук И.А., 1967]. Систематизация расстройств метаболизма при психических заболеваниях: 1) синдром интоксикации (при острых экзогенных психозах и острых приступах эндогенных психозов); 2) нарушения окислительных

процессов (при эндогенных, сосудистых и инволюционных психозах, протекающих с гипноидными фазами); 3) нарушения гипо– и гиперэнергизма (при маниях, депрессиях и других состояниях эмоционального и психомоторного возбуждения или торможения); 4) нарушения психики вследствие недостаточности (при психозах вследствие дистрофий или авитаминозов либо психозах, сопровождающихся этими явлениями); 5) нарушения эндокринно-вегетативной регуляции (при психозах вследствие эндокринопатий или поражения промежуточного мозга либо психозах, сопровождающихся такого рода расстройствами); 6) иммунобиохимический синдром (при психозах в связи с инфекцией или аллергизацией); 7) генетически обусловленный биохимический синдром (при генетически обусловленных психозах на почве конституционального предрасположения).

**Биполярность** (лат. *bis* – дважды, *polaris* – относящийся к полюсу). Признак течения психического заболевания, при котором полярно противоположные синдромы чередуются: например, депрессивные и маниакальные фазы при типичном течении МДП.

**Бирда болезнь** [Beard G.M., 1869]. Одновременно с Бирдом и независимо от него была описана ван Дьюсеном [van Deussen E.H.]. См. *Неврастения*

**Бирмана методика психотерапии** [Бирман Б.Н.,

1937]. Сочетанная методика психотерапии, в которой гипноз наслаивается на естественный или медикаментозный сон. У больного вечером перед засыпанием, путем поглаживания надбровной области и одновременного словесного внушения невозможности поднять веки, определяется степень внушаемости. При хороших результатах больному внушается удлиненный и углубленный сон. При отрицательных результатах пробы на внушаемость назначаются малые дозы снотворных, действие которых подкрепляется гипнотическим внушением. Такой наркогипноз поддерживается до 15 часов в сутки. Курс лечения (только в стационаре) составляет одну-две недели.

**Бисексуальность** (*лат. bis* – дважды, *sexus* – пол). 1. Наличие полового влечения к лицам обоего пола. Син.: амбисексуальность. 2. См. *Гермафродитизм.*

**Бисексуальный.** Двуполый, имеющий признак обеих полов.

**Бихевиоральная терапия.** Группа методов психотерапии, основанных на бихевиористических представлениях в психологии. Лечение сводится к психотерапии поведения. Болезненные изменения личности, не обусловленные органической патологией головного мозга, рассматриваются как извращение поведения, результат недостаточности полезных навыков. Основная задача Б.т. – перевоспитание больно-

го, то есть размыкание болезненных условных связей и воспитание полезных навыков.

**Бихевиоризм** *(англ. behaviour* – поведение). Направление в американской психологии начала XX в. [Watson J., 1913, 1919], разрабатывающее ее как науку о поведении. Отрицается роль сознания как предмета научного исследования. В отличие от субъективной психологии на первый план выдвигается изучение психики как совокупности стимулов-реакций и обусловленных ими поведенческих актов. По стимулу предсказывается реакция, а по реакции определяется стимул. Основная задача – установление связи между стимулами и реакциями. Различаются наследственные и условные реакции, в происхождении которых Б. исходит из крайне упрощенного, механистического понимания безусловных и условных рефлексов. Б. присуще отрицание роли психического в поведении, сведение сознания к скрытым двигательным реакциям, биологизм, отрицание роли социальных факторов в поведении человека. Материализм Б. не носит диалектического характера, является упрощенно-механистическим [Выготский Л.С., 1928].

**Блаптофобия** *(греч. blapto* – боюсь повредить) [Tellenbach H., 1966]. Навязчивый страх нанести кому-либо повреждение. Эти состояния особенно часто возникают при лечении депрессий имипрамином.

**Бластофтория** *(греч. blastos* – росток, зародыш, *phthora* – гибель, разрушение). Повреждение зародыша, вызванное патогенным воздействием каких-либо физико-химических факторов (алкоголь, олово, свинец и др.) или инфекцией, приводящее к патологическим соматическим или психическим изменениям (олигофрения, эпилепсия, алкогольная эмбриопатия).

**Бласфемия** *(греч. blaspheme* – хулить, злословить, богохульствовать)

См. *Копролалия.*

**Блейлера болезнь** [Bleuler E., 1911]. В своем описании шизофрении Блейлер значительно пересмотрел концепцию E. Kraepelin о раннем слабоумии, существенно расширив границы этого заболевания и говоря уже о группе шизофрении. В рамки шизофрении E. Bleuler включил парафрению, предстарческий бред ущерба, хронические алкогольные психозы (алкогольный галлюциноз), шизофреноподобные формы циркулярного психоза, ряд заболеваний, характеризующихся преобладанием в клинике ипохондрической и обсессивной симптоматики. Основным расстройством при шизофрении E. Bleuler считал расщепление психики. С того времени границы шизофрении неоднократно пересматривались, понятие ее расширялось или сужалось за счет шизоформных состоя-

ний соматогенной или психогенной природы.

См. *Шизофрения.*

**Блейлера основные и добавочные признаки шизофрении** [Bleuler E., 1911]. Деление симптомов шизофрении по клиническому принципу. К основным (обязательным, облигатным) относятся симптомы, присущие всем формам шизофрении, – расстройства ассоциативной деятельности, аутизм, эмоциональное отупение; к добавочным (дополнительным, факультативным) – бредовые идеи, галлюцинации, кататонические симптомы.

Основные признаки следует отличать от так называемых первичных, физиогенных, якобы зависящих от непосредственного поражения мозга и служащих проявлением «основного» расстройства. Как реакция личности на первичные признаки Блейлером рассматривались так называемые вторичные, психогенные симптомы шизофрении.

Сочетание основных признаков шизофрении носит также название триады Блейлера.

**Блейлера синдром** [Bleuler E.]. Комплекс психических нарушений у беременных: депрессия, плаксивость, черты ребячливости в поведении, ненависть и отвращение к детям, страх умереть при родах (токофобия), извращение чувств (в первую очередь обоняния и вкуса).

**Блейхера–Худика методика исследования критичности мышления** [Блейхер В.М., Худик В.А., 1982]. Создана на основе методики установления развития сюжета по серии последовательных картинок. Обследуемому предлагается набор картинок, позволяющих установить по ним естественное развитие сюжета; затем предлагается следующий набор, в котором одна или две картинки содержат основные детали, присущие предыдущим, но в то же время включают в себя компоненты, противоречащие логике разворачивающегося сюжета. Предусматриваются параллельные варианты, позволяющие проводить повторные исследования. Апробирована при алкоголизме в аспекте использования нарушений критичности мышления как критерия выраженности психического дефекта.

**Блефаридотилломания** *(греч. blepharon* – веко, *tillo* – выщипывать, *mania* – безумие, сумасшествие, страстное влечение). Выщипывание больным у себя ресниц. Разновидность трихотилломании.

Син.: синдром Сальфильда [Salfield, 1966].

**Блокада аффективная.** Признак врожденной эмоциональной недостаточности. Проявляется недостаточной аффективной откликаемостью, холодностью, сниженной потребностью в контактах и ослаблением привязанностей. Характерна для аутических шизоид-

ных личностей. Понятие, противоположное синтонности.

**Блок-электросудорожная терапия.** Модификация электросудорожной терапии, при которой повторный электросудорожный припадок вызывается сразу же после прекращения судорог и восстановления дыхания после предыдущего, аналогично тому, как это происходит при эпилептическом статусе. Применяется при отсутствии эффекта от обычной, традиционно проводимой электросудорожной терапии.

**Блюма тест картинок с собачкой Блекки** [Blum G.S., 1949]. Один из проективных психологических тестов для исследования личности. Испытуемому предлагают составить рассказы по 12 юмористическим рисункам, на которых изображены приключения собачки Блекки. В зависимости от пола испытуемого Блекки представляется ему самцом или самкой. Другие персонажи – папа и мама Блекки и щенок неопределенного пола Типпи. По каждой картинке испытуемый рассказывает придуманную им историю, а затем ему предлагают серию стандартных вопросов. Интерпретация психоаналитическая. Применяется для исследования детей.

**Бляшка атеросклеротическая** *(лат. p1ax atherosclerotica).* Очаговое утолщение внутренней оболочки артерии, возникающее вследствие разрас-

тания соединительной ткани в зоне отложения липидов. Основной морфологический элемент атеросклероза. Разрастаясь, бляшки суживают просвет сосудов, они подвержены гиалинизации и кальцификации.

**Бляшка сенильная** *(лат. plax senilis).* Характерный морфологический признак сенильной деменции и болезни Альцгеймера, проявление амилоидоза мозга. Состоит из амилоидных фибрилл, отростков клеток с признаками дегенеративных изменений, дендритов и аксонов с накоплением нейрофибрилл (см. *Альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл),* глиальных клеток. Б.с. наиболее часто встречается в коре головного мозга и гипоталамусе, в меньших количествах – при других заболеваниях ЦНС, а также при физиологическом старении.

Син.: друзы Фишера *(нем. Druse* – железа, бубон) [Fischer O., 1907].

**Боваризм.** Смешение грез с реальностью, невозможность четко разграничить фантазию и действительность, способность человека представлять себя иным, чем он есть на самом деле. По имени героини романа Г. Флобера «Госпожа Бовари» [de Gantier J., 1921].

Грезы при Б. носят преимущественно романтический, сентиментальный характер, имеют эротическую направленность.

Ср.: мышление фантазирующее.

**ван Богарта лейкоэнцефалит** [van Bogaert L., 1945]. Форма подостротекущего вирусного энцефалита. Начало с лихорадкой, сонливостью, в ночное время наблюдается делирий. Нарастают торпидность, прогрессирующие интеллектуально-мнестические расстройства. Иногда – кататоническая или депрессивная симптоматика. Афазия, аграфия, экстрапирамидные гиперкинезы. В терминальном состоянии – коматозное нарушение сознания, явления децеребрационной ригидности.

**ван Богарта – Ниссена синдром** [van Bogaert L., Nyssen R., 1936]. Поздний тип прогрессирующей семейной лейкодистрофии. Наследственное заболевание, рецессивный тип передачи. Начало заболевания после 30 лет – нарушения в аффективной сфере, пара-, а затем квадриплегия, наличие пирамидной симптоматики, появление псевдобульбарных расстройств, бледность дисков зрительных нервов, вялость зрачковых реакций. Быстро нарастает слабоумие. Течение неуклонно прогредиентное. Патологоанатомически – демиелинизирующий системный процесс с разрушением аксонов.

**ван Богарта синдром** [van Bogaert L., 1939]. Семейно-наследственная патология, характеризующаяся прогрессирующей дегенерацией бледного шара и

очагами атрофии в гипоталамусе. Клинически – скованность, торзионные и атетотические гиперкинезы, гиперкинезы мимических мышц. Иногда – умственная недостаточность. Начало заболевания в возрасте 15-20 лет.

**ван Богарта–Шерера–Эпштейна синдром** [van Bogaert L., Scherer H.J., Epstein E., 1937]. Редкое семейное заболевание, относящееся к нарушениям липидного обмена (холестериновый липидоз). Отложение аморфного и кристаллического холестерина в белом веществе мозжечка и в области ножек мозга приводит к возникновению геридитарной мозжечковой атаксии. Психически – задержка умственного развития, интеллектуальная недостаточность вплоть до степени имбецильности.

**Боголепова иллюзорно-галлюцинаторные ощущения** [Боголепов Н.К., 1963]. Больные воспринимают парализованную конечность превращенной в какое-то животное, инструмент или аппарат. Наблюдаются при очаговых органических поражениях головного мозга и относятся к расстройствам схемы тела.

**Боголепова коронарно-церебральный синдром** [Боголепов Н.К., 1949]. Апоплектиформный синдром при инфаркте миокарда. Наблюдается потеря сознания, преходящие расстройства функции коры и мозгового ствола. Иногда церебральная симптоматика вы-

ступает на первый план и маскирует проявления инфаркта миокарда. Ишемические изменения в головном мозге и инфаркт миокарда могут развиваться одновременно, иногда же церебральная патология опережает коронарную.

**Болезни картина аутопластическая** *(греч. autos* – сам, *plastike* – формирование, образование) [Goldscheider A., 1929]. Сумма ощущений, переживаний и настроений больного вместе с его собственным представлением о болезни. Различают сенситивную часть, включающую субъективные ощущения и связанные с ними переживания, и интеллектуальную часть, содержащую сведения о болезни, которыми располагает больной. Группировка симптомов и их значимость в аутопластической картине болезни не соответствует таковым с врачебной точки зрения. Интеллектуальные построения больного относительно своего заболевания воспринимаются врачом как страдающие недостатком логики, но для больного являются реальными переживаниями. Понятие, близкое к внутренней картине болезни.

**Болезни картина внутренняя** [Лурия Р.А., 1935]. Понятие, охватывающее совокупность переживаний, возникающих в связи с заболеванием, «сознание болезни» [Краснушкин Е.К.]. Субъективная картина болезни рассматривается на двух уровнях: сенситивном

(комплекс возникающих вследствие болезни ощущений) и интеллектуальном (размышления больного в связи с болезнью, отражающие его реакцию на изменение состояния).

Знание внутренней картины болезни необходимо врачу не только для правильной диагностики, но и для правильного лечения, особенно больных, страдающих психосоматическими заболеваниями.

**Болезни психические.** Изменение деятельности головного мозга, при которых психика не соответствует окружающей действительности, отражает ее искаженно. Проявляются в нарушении психики и поведения человека. Различают более грубо выраженные формы Б.п. – психозы, и более легкие – неврозы, психопатические состояния, некоторые формы аффективной патологии.

**Болезни сознания типы** [Pick A., 1882; Heilbronner K., 1907]. Различаются: 1) ощущение болезни – больной ощущает происшедшую с ним перемену, хотя может и не осознавать ее болезненного характера; 2) сознание болезни – больной воспринимает ущербность своей психической деятельности, из чего он делает вывод о наличии у него психического заболевания; 3) критическое отношение к болезни – больной не только замечает наступившую перемену и отмечает снижение у себя психической деятельности, но и прояв-

ляет также достаточно критическое отношение к отдельным болезненным симптомам. Дифференцирование осознания болезни и критической оценки ее тяжести и значения для больного имеет важное клинико-практическое, особенно в плане построения прогноза, значение [Фридман Б.Д., 1940].

**Бонне галлюцинации.** См. *Галлюцинации.*

**Боткина феномен** [Боткин С.П., 1868]. Сочетание гиперакузии со слуховой агнозией. Характеризуется непереносимостью сильных звуков при плохом их различении. Больной не понимает речь окружающих, звуки ее сливаются в восприятии больного в сплошной неразличимый «сильнейший гул». Описан в качестве одного из признаков психических нарушений при сыпном тифе.

Термин предложен Ю.П. Лисициным и Г.В. Архангельским [1982].

**Браве–Джексона эпилепсия** [Bravais L.F., 1824; Jeckson H.J., 1870]. Разновидность симптоматической эпилепсии, для которой характерен своеобразный тип судорожных припадков (джексоновский марш) – клонические или тонико-клонические судороги, начинающиеся с определенной группы мышц и распространяющиеся в определенной последовательности соответственно положению центров в коре большого мозга. Припадок может протекать при ясном созна-

нии и без последующего сна. Сознание нарушается лишь в случаях генерализации судорог. Возможны и сенсорные (психосенсорные) припадки (см, *Джексона сноподобные состояния).*

Син.: джексоновская эпилепсия, джексоновские фокальные моторные припадки.

**Брадибазия** *(греч. bradys* – медленный, *basis* – шаг, ходьба). Замедление походки, проявление брадикинезии.

**Брадикинезия** *(брада + греч. kinesis* – движение). Общая замедленность движений. Наблюдается при экстрапирамидной патологии, эпилепсии, субступорозных кататонических состояниях; при истерии носит демонстративный характер. Иногда отмечается при состояниях оглушения.

**Брадилалия** *(бради + греч. lalia* – речь). Замедление темпа речи в связи с затруднениями артикуляции. Наблюдается при поражениях бледного шара и черного вещества головного мозга и при патологии мозжечка. Б. мозжечковая нередко сопровождается скандированной речью, нарушениями речевой модуляции.

**Брадилексия** *(бради + греч. lexis* – речь, слово). Замедление темпа чтения. Проявление брадикинезии.

**Брадилогия** *(бради + греч. logos* – слово, речь, ра-

зум) [Kussmaul A., 1876]. Затруднение и замедление течения ассоциативных процессов (мышления, речи).

**Брадипраксия** *(бради + греч. praxis* – действие). Замедление темпа целенаправленных действий. Проявление брадикинезии.

**Брадителекинезия** *(бради + греч. teleo* – завершать, *kinesis* – движение). Замедление движения перед концом двигательного акта. Проявление брадикинезии.

Син.: брадителекинез Шильдера.

**Брадифагия** *(бради + греч. phagein* – есть, глотать). Замедление глотания. Наблюдается при поражениях языкоглоточного или блуждающего нервов, также при истерии.

**Брадифазия** *(бради + греч. phasis* – речь). Общее название, охватывающее различные проявления замедленной речи.

**Брадифразия** *(бради + греч. phasis* – речь, манера речи). Разновидность брадифазии, обусловленная замедлением мышления. Наблюдается при депрессии.

**Брадифрения** *(бради + греч. phren* – ум, разум). Общее замедление протекания психических процессов.

Син.: брадипсихизм, брадипсихия.

**Брахиалгия парестетическая** *(греч. brachion* –

плечо, *algos* – боль, *paraisthesis* – ложное ощущение) [Wartenberg R., 1932]. Боль и парестезии в руках при пробуждении. Автором первоначально рассматривался как результат травматического поражения плечевых нервов в связи с неудобной позой. По данным J.J. Lopez-Ibor [1973], в значительной части случаев оказывается проявлением скрытой депрессии, депрессивным (тимопатическим) эквивалентом и проходит при назначении антидепрессивных препаратов, тогда как неврологическое и даже нейрохирургическое лечение бывает безуспешным.

**Бревесомния** *(лат. brevis* – короткий, *somnus* – сон) [Буянов М.И., 1985]. Укороченный сон. Б. бывает физиологическая и патологическая. При физиологической Б. человек довольствуется непродолжительным сном, не испытывая неприятных ощущений. Патологическая Б. наблюдается при неврозах, эндогенных депрессиях, алкогольных и других интоксикационных психозах.

**Бред** *(лат. delirium, нем. Wahn).* Расстройство мышления. Совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне. По А.В. Снежневскому [1983], Б. – некорригируемое установление связей и отношений между явлениями, событи-

ями, людьми без реальных оснований.

Основные признаки Б.: 1) Б. является следствием болезни и, таким образом, в корне отличается от заблуждений и ошибочных убеждений психически здоровых; 2) Б. всегда ошибочно отражает действительность, хотя иногда в отдельных посылках больной может быть прав; 3) бредовые идеи непоколебимы, не поддаются коррекции; 4) бредовым идеям присущи ошибочные основания (паралогика, «кривая» логика); 5) в большинстве случаев Б. возникает при ясном сознании (исключение составляют экзогенные параноиды); 6) бредовые идеи тесно спаяны с изменениями личности, они резко меняют присущую больному до того систему отношений к самому себе и к окружающему; 7) бредовые идеи не обусловлены интеллектуальным снижением: Б., особенно систематизированный, чаще наблюдается при хорошем интеллекте.

В структуре Б. различают [Specht G., 1901]: материал (воспоминания, восприятия, галлюцинации), на основе которых он строится; фабулу – особенное оформление, в первую очередь систематизированного Б., который как бы развивается во времени – больной может рассказывать о нем в определенной последовательности; формы (систематизированный – несистематизированный, фантастический – близкий к действительности); направленность (величия – уни-

жения, экспансивный – депрессивный).

**Б. абортивный** – редуцированный, включающий отдельные бредовые идеи, кратковременный.

**Б. альтруистический** – содержит идею возложенной на больного высокой миссии политического или религиозного характера.

Син.: Б. мессианства.

**Б. антагонистический** [Seglas J., 1889] – разновидность систематизированного бреда, главным образом парафренного, отличающегося своеобразием сюжета (больные утверждают, что они находятся в центре противоборства неких антагонистических сил). Позиция больных по отношению к враждебным силам остается пассивной.

**Б. апокалиптический** – содержит идею гибели всего мира, всего живого, разрушения земного шара, гибели вселенной, столкновения планет и т.п. (Апокалипсис – одна из книг Нового завета, Откровение Иоанна содержит пророчества о «конце света»).

Син.: Б. гибели мира, Б. эсхатологический (эсхатология – учение о конечных судьбах мира и человека).

**Б. архаический** [Каменева Е.Н., Кудинов А.И., 1938]. – Бредообразование, в формировании которого участвуют суеверия, магические представления и религиозные верования, присущие человеку в стадии его недостаточного культурного развития и сохранив-

шиеся у некоторых людей до настоящего времени (бред колдовства, одержимости нечистой силой или животными и т.д.).

**Б. аффективный** – вторичный бред, возникающий в связи с патологическими изменениями аффекта. Основные разновидности – Б. голотимный и кататимный.

**Б. бытовой гипнагогический** [Гейманович А.И., 1927] – состояние неглубокого сна, из которого больного можно вывести, и в это время он способен адекватно отвечать на некоторые вопросы. Предоставленный самому себе, больной беседует с мнимым собеседником, спорит с ним, причем «беседы» эти носят характер диалогов. Наблюдается при экзогенных психозах (энцефалитических; являющихся следствием сыпного тифа).

**Б. величия** – характеризуется грандиозной переоценкой больным себя, своих психических и физических возможностей, своего положения в обществе.

Син.: Б. мегаломанический, Б. экспансивный, мегаломания, александризм (от Александра Македонского).

**Б. внешней и внутренней раскрытости** – характеризуется идеями о том, что больному доступно узнавание мыслей, переживаний, намерений окружающих или же, наоборот, его мысли, переживания, на-

мерения становятся известны окружающим. Проявление синдрома психического автоматизма Кандинского–Клерамбо.

**Б. воздействия** – характеризуется утверждениями больных о том, что их действия исходят от чужой воли, а тело и процессы, происходящие в нем, являются объектом воздействия, физического и (или) психического, других людей. Различают Б. психического (влияние гипноза, телепатическое) и физического воздействия (лучей космических, лазерных и т.д.). Часто эти виды Б. в. сочетаются у одного больного. Проявление синдрома Кандинского–Клерамбо. Психическое или физиологическое функционирование больного как бы навязано ему извне, носит насильственный характер [Кандинский В.Х., 1880].

**Б. воображения** [Dupre E., Longre J., 1914]. Противоположный интерпретативному или галлюцинаторному бреду вариант бредообразования, который является как бы результатом вымысла и вытекает из склонности личности к фантазированию, к спонтанной ассоциации идей и образов, приводящей к новым построениям и комбинациям. Б. возникает остро («по интуиции, вдохновению, озарению»). По мнению авторов, возникновению Б.в. способствуют мифоманическая конституция (см. *Мифомания),* слабость интеллекта и гипоманиакальное состояние. Отсутству-

ют глубокие нарушения памяти, галлюцинации, психосенсорные расстройства. Типичны ясность восприятия и полная ориентировка в окружающем.

По мнению современных исследователей [Киндрас Г.И., 1976], это разное по масштабу (мегаломаническое и обыденное) болезненное фантазирование, развивающееся на основе активного вымысла, распространяемого на прошлое, настоящее и будущее.

Б.в. входит в структуру парафренного синдрома и является одним из существенных его признаков.

Син.: имажинативный Б., фабуляторный Б., Б. представления.

**Б. вражеского пленения** [Суханов С.А., 1915] – острый параноид, развивающийся в условиях фронтовой обстановки. Характерны бурное начало заболевания, наплыв бредовых идей отношения и преследования, иллюзорных восприятий на фоне сильного страха. Содержание параноида искаженно отражает ситуацию: в окружающих больной видит вражеских солдат и т.п. Выздоровление наступает критически. Отсутствует амнезия, однако возможны явления резидуального Б. На высоте психоза возможны агрессивные действия. Рассматривается как одна из форм параноидов внешней обстановки, в развитии которых играют роль неблагоприятное воздействие непривычной ситуации и соматические заболевания [Бунеев

А.Н., 1950].

**Б. вторичный** – возникает при наличии в клинической картине играющей первостепенную роль психопатологической симптоматики (аффективные расстройства, галлюцинации, состояния нарушенного сознания) и как бы в связи с ней. Выведение Б.в. из материала, по G. Specht, неправомерно (см. *Б. галлюцинаторный).*

Син.: Б. объяснения, Вернике Б. объяснения.

**Б. высокого происхождения** – содержит идею происхождения от лиц, занимающих высокое положение в обществе. Обычно при этом истинным родителям отводится роль людей, в силу тех или иных обстоятельств вынужденных воспитывать больного и дать ему свое имя; нередко к ним со стороны больного проявляется враждебное отношение. Может быть как мегаломаническим, так и вариантом депрессивного Б. преследования (больной – «жертва обстоятельств», «ставка в политической игре»).

Син.: Б. иного происхождения, Б. чужих родителей.

**Б. галлюцинаторный** – вариант вторичного Б., возникающего при наличии в клинической картине выраженных и стойких галлюцинаций, чаще всего вербальных. Слуховые галлюцинации больными трактуются как результат воздействия физическими аппаратами, расположенными где-то на расстоянии и

управляемыми целыми коллективами людей, специальными организациями, в последнее время нередко инопланетянами. Галлюцинаторные явления могут не сопровождаться бредовой интерпретацией, иногда обманы слуха и идеи воздействия возникают одновременно – это свидетельствует об отсутствии между ними простой причинной зависимости. Галлюцинации и бред имеют общие источники своего возникновения. Галлюцинации могут отражать бредовые переживания до их ясного понимания больным. Это относится к механизмам Б. вторичного вообще [Каменева Е.Н., 1957].

**Б. голотимный** – вариант вторичного, аффективного Б., возникающего при наличии выраженных нарушений в эмоциональной сфере, общего фона аффективности, например, Б. самообвинения при эндогенной депрессии. Описан E. Bleuler [1906]. Аналогичен понятию синтимного Б. [Maier H.W., 1913].

**Б. греховности** – см. *Б. самообвинения.*

**Б. громадности и отрицания–** см. *Б. Котара.*

**Б. двойников** – характеризуется переживаниями наличия двойников больного, одного или нескольких лиц, ведущих совершенно независимую от него жизнь и нередко совершающих позорящие его действия. У больных шизофренией «двойник», как правило, находится внутри тела больного, тогда как при экзогенных

психозах, например при сыпном тифе [Гиляровский В.А., 1922], «двойник» находится вне больного и больной активно стремится освободиться от него, как от чего-то постороннего, чужого.

**Б. депрессивный** – вариант вторичного аффективного Б., наблюдающийся при депрессивных состояниях. Характерны отрицательная эмоциональная окраска, пессимистические установки. При циркулярных депрессиях Б.д. соответствует степени бредовой депрессии [Пападопулос Т.Ф., 1970]. Это же подтверждается наблюдениями В.Н. Синицина [1976]: при циклотимической депрессии отмечаются психологически понятные и нестойкие идеи самообвинения, при простой депрессии идеи самообвинения носят характер сверхценных, при бредовой – достигают степени выраженности бреда. Наиболее частые виды Б.д. – бред самообвинения, самоуничижения, греховности, обнищания, ипохондрический и т.д.; возможны и идеи преследования, обычно сочетающиеся с идеями самообвинения: больного преследуют из-за того, что он виновен [Peters U.H., 1970]. Важный признак Б.д. – симптомы тревоги, витальной тоски [Schneider K., 1939].

**Б. дерматозойный** [Ekbom K.A., 1938] – один из вариантов бреда одержимости животными с локализацией болезненных переживаний в коже или под ко-

жей. Часто сочетается с хроническим тактильным галлюцинозом Берса–Конрада. Наблюдается главным образом при психозах позднего возраста, в том числе и при поздней шизофрении, инволюционной меланхолии.

Син.: Экбома пресенильный дерматозойный Б., Б. кожных паразитов. См. также *Синдром Берса–Конрада.*

**Б. дисморфоманический** – см. *Дисморфомания.* Разновидностью Б.д. является Б. физического недостатка, неприятного для окружающих [Николаев Ю.С., 1949], при котором больные высказывают бредовые идеи об испускания ими газов, не остающемся незамеченным и вызывающем к ним отрицательное отношение со стороны окружающих, или говорят об исходящем от них неприятном запахе пота и т.п.

**Б. изобретательства** – содержит идею совершения больным грандиозного по значению изобретения, научного открытия, которое в корне изменит образ жизни всего человечества. Чаще всего это параноияльный или парафренный бред, в котором и в настоящее время фигурирует изобретение вечного двигателя, создание универсальных законов («закон буквы», «закон числа», «закон затягивания–оттягивания» и т.п.).

Син.: Б. открытия.

**Б. индуцированный** – по содержанию сходен с Б. проживающего вместе с индуцируемым психически больного, чаще его близкого родственника, обычно пользующегося у него большим авторитетом и, как правило, интеллектуально превосходящего его. Характерно сходство Б.и. с бредовыми переживаниями индуктора по содержанию, фабуле. Часто, при изоляции реципиента от индуктора, Б.и. угасает. Близки к Б.и. Б. конформный и Б. при симбиотических психозах.

Син.: Б. наведенный.

**Б. инициальный.** См. *Бред начальный.*

**Б. инсценировки** – характеризуется переживаниями больного, в которых все происходящее вокруг него представляется специально организованной инсценировкой, преследующей особые, небезразличные для него цели. Иногда это какой-то массовый эксперимент, в котором в качестве подопытного объекта фигурирует больной.

**Б. интерметаморфозы** *(лат. inter* – между, *греч. metamorphosis* – полная перемена, превращение) [Courbon P., Tusques J., 1932; Daumezon G., 1937] – один из вариантов ложных узнаваний. Больные утверждают, что ряд лиц (а не одно, как при Фреголи симптоме) способны принимать физический и моральный, духовный облик других людей.

Син.: Б. метаболический.

**Б. интерпретативный** *(лат. interpretatio* – посредничество) – см. *Б. первичный.*

**Б. интуиции** – характеризуется внезапным, без видимой связи с каким-либо внешним поводом, возникновением бредовых переживаний, производящих на окружающих впечатление непонятных, психологически невыводимых. Об интуитивной актуализации бредовой мысли писал K. Jaspers [1912], выделяя понятие бредового озарения в рамках Б. первичного.

Син.: интуиция бредовая.

**Б. ипохондрический** – характеризуется переживаниями наличия у больного тяжелого и неизлечимого заболевания, чаще всего соматического, но известны описания Б.и. с представлениями о тяжелой психической патологии (не смешивать с нередким в дебюте шизофрении страхом «сойти с ума»). Часто это заболевание «необычное», отличающееся от всех известных и поэтому не могущее быть распознанным. Нередко Б.и. сочетается, особенно на начальных этапах болезни, с сенестопатиями. При психогенном ипохондрическом симптомообразовании (особенно при ипохондрическом развитии) можно проследить перерастание вначале психологически понятных и какое-то время доступных коррекции отдельных ипохондрических переживаний, например, типа кардиофо-

бии, через сверхценные идеи в истинный Б.и.

**Б. кататимный** [Maier H.W., 1913] – вторичный аффективный Б., в котором определенную роль играет содержание чувственно окрашенного, депрессивного комплекса представлений. Типичный пример – сенситивный бред отношения Кречмера.

**Б. катестетический** *(греч. kataisthanomai* – ощущать, чувствовать) [Гиляровский В.А., 1949] – форма бредообразования, в основе которой лежат нарушения интерорецепции. Катестетическими могут быть бредовые идеи воздействия, преследования, ипохондрические. Наиболее часто наблюдается при шизофрении и эпидемическом энцефалите.

**Б. кверулянтский** – см. *Б. сутяжничества.*

**Б. кожных паразитов** – см. *Б. дерматозойный, Б. поражения паразитами.*

**Б. конфабуляторный** – характеризуется большой ролью конфабуляций, определяющих его содержание. Чаще всего это образные, фантастические переживания в рамках парафренного бредообразования.

Типичные примеры: 1. *Ретроспективный Б. предвосхищения будущего* [Блейхер В.М., 1983]. Наблюдается при параноидной шизофрении в стадии становления парафренного синдрома. Больные рассказывают о якобы встреченном несколько лет назад человеке, который предсказал все, что сейчас с ним

происходит и что еще ждет их в будущем. Близок к ретроактивному Б., однако, в отличие от него, конфабуляторные тенденции направлены не только в прошлое, но и опосредованно, через прошлое, в настоящее и будущее. 2. *Б. вечного существования* [Блейхер В.М., 1983]. Наиболее характерен для инволюционной парафрении. Типична направленность болезненных переживаний в прошлое, как и при других разновидностях конфабуляторно-фантастического Б. [С.Г. Жислин, 1965].

**Б. конформный** *(лат. conformis* – подобный) [Bayer W., 1932] – сходный по форме и содержанию систематизированный бред, развивающийся у двух или нескольких совместно живущих и близких друг другу людей. В отличие от индуцированного Б. при Б.к. оба участника психически больны, например шизофренией. Содержание бреда определяется не только эндогенными, но и психогенными патопластическими моментами. Конформность содержания бреда существенно влияет на позицию больных. Больные бредовым образом противопоставляют себя окружающему миру не как отдельные индивиды, а как некая группа. Отличается от симбионтических психозов, которые все же относятся к индуцированным и при которых можно выделить индуктора.

**Б. Котара** [Cotard J., 1880]. Нигилистически-ипохон-

дрический Б. в сочетании с идеями громадности. Наиболее часто встречается при инволюционной меланхолии, значительно реже – при циркулярной депрессии.

Различают два варианта Б.К.: 1) ипохондрический – характеризуется сочетанием тревожно-меланхолического аффекта с нигилистически-ипохондрическим бредом; 2) депрессивный – характеризуется тревожной меланхолией с преобладанием депрессивных бредовых идей и идей отрицания внешнего мира мегаломанического характера.

Син.: синдром Котара, Б. Котара–Сегла, меланхолическая парафрения, меланхолический Б. воображения, мегаломеланхолический Б., Б. громадности и отрицания.

**Б. любовный** [Clerambault G., 1925] – параноический симптомокомплекс, характеризующийся идеями величия и эротоманической направленностью бредовых переживаний (влюбленность в больного какого-либо лица). В своем развитии проходит три стадии: 1) оптимистическую (любовь); 2) пессимистическую (отвращение, враждебность, необоснованные обвинения); 3) стадия ненависти (угрозы, скандалы, анонимные письма).

Син.: эротомания, Б. эротический, Б. эротоманический.

**Б. малого размаха** – бредовые идеи ущерба, преследования, отравления, распространяемые преимущественно на лиц из ближайшего окружения больного – проживающих с ним вместе родственников, соседей.

Наблюдается обычно при психозах позднего возраста, главным образом инволюционных, реже – при атеросклеротических.

**Б. манихейский** [Dide M., Giraud P., 1922] – вариант Б. антагонистического, при котором речь идет о противоборстве, в соответствии с концепцией манихеизма, двух руководящих миром и противостоящих друг другу сил – добра и зла, бога света и бога тьмы. (Манихеизм – религиозное учение, названное по имени легендарного перса Мани и возникшее на Ближнем Востоке в III в. н.э.).

**Б. мегаломанический** *(греч. megas (megalu)* – большой, *mania* – безумие, сумасшествие) – см. *Б. величия.*

**Б. мессианства** (*мессия* – в иудейской и христианской религиях ниспосланный богом спаситель, который должен явиться с неба для установления «царства Божьего»). См. *Б. альтруистический.*

**Б. метаболический** – см. *Б. интерметаморфозы.*

**Б. метаморфозы** *(греч. metamorphosis* – превращение). Вариант Б. воздействия, фабула которого

сводится к превращению больного в результате внешнего воздействия в какое-либо животное или неодушевленный предмет.

Син.: Б. превращения.

**Б. микроманический** – вариант Б. Котара, при котором тело больного или отдельные его части приобретают микроскопические размеры.

**Б. мистический** *(греч. mystika* – таинственные обряды, таинство) – характеризуется выраженным мистическим содержанием болезненных переживаний больного, его убежденностью в том, что с ним и окружающими происходит нечто необъяснимое, загадочное. К Б.м. относятся бредовые идеи религиозного содержания, утверждения об общении с потусторонним миром.

**Б. наведенный** – см. *Б. индуцированный.*

**Б. начальный** [Kraepelin E., 1881] – инфекционный психоз, развивающийся в инкубационном периоде инфекционного заболевания, до повышения температуры тела, когда еще не определилась клиническая картина инфекции. Не является Б. в собственном смысле понятия, феноменологически чаще всего носит характер делирия. Наиболее часто встречается и был впервые описан при брюшном тифе, однако наблюдается и при других инфекционных заболеваниях (ветряная оспа, грипп, сыпной тиф).

Син.: Б. инициальный.

**Б. невиновности и помилования** [Delbruck A., 1857] – бредовые идеи, содержание которых сводится к тому, что больной не виновен в инкриминируемом ему правонарушении или больной утверждает, что приговор отменен и он помилован. Наблюдается главным образом при «тюремных психозах» в рамках психогенного бредообразования, иногда при шизофрении.

**Б. нигилистический** *(лат. nihil* – ничто) – см. *Б. громадности и отрицания.*

**Б. обвинения** – вариант вторичного аффективного, часто депрессивного Б., характеризующийся тем, что, по утверждениям больного, окружающие приписывают ему предосудительные поступки, в которых он вовсе не виноват, безвинно обвиняют его в совершении неблаговидных или преступных действий. Часто сочетается с Б. отношения.

**Б. обнищания** – вариант вторичного, аффективного, чаще всего депрессивного Б., при котором болезненные переживания содержат идею утраты больным и его семьей принадлежащих им материальных ценностей. Чаще всего наблюдается при инволюционной депрессии.

Син.: Б. разорения.

**Б. образный** – характеризуется наплывом раз-

розненных, отрывочных представлений, непоследовательных и нестойких. Это Б. представлений (фантазий, грез), сопровождающихся тревогой, страхом, состояниями экстаза или растерянности. О.П. Вертоградова [1976] сближает понятие Б.о. с понятием бредового вымысла K. Schneider и Б. воображения E. Dupre и J.B. Longre. Многими авторами Б.о. рассматривается как синоним Б. чувственного, однако О.П. Вертоградова и Н.Ф. Дементьева [1976] в последнем выделяют Б.о. как своеобразный вариант.

**Б. овладения** – вариант Б. преследования и воздействия, при котором больной становится объектом манипуляций в руках преследователей, подчиняющих его своей воле, заставляющих совершать те или иные поступки, даже вопреки его желанию, навязывающих ему определенные мысли, переживания, память и т.д. Проявление синдрома психического автоматизма Кандинского–Клерамбо.

**Б. одержимости** – вариант Б. архаического. Отражает переживания о вселении в тело больного каких-либо живых существ, нередко фантастических, нечистой силы. Часто сочетается с Б. овладения, служит проявлением синдрома психического автоматизма Кандинского–Клерамбо. При одержимости нечистой силой у некоторых больных наблюдается речедвигательные псевдогаллюцинации. Иногда больные

утверждают, что внутрь тела проник другой человек (известный актер, модный гипнотизер, ставший популярным благодаря сенсационной прессе экстрасенс); в других случаях в бреде внутреннего существования (zoopathia interna) фигурируют животные.

**Б. онирический** [Regis E., 1901] – делириозно-онейроидные состояния экзогенно-органического происхождения (инфекции, интоксикации, энцефалиты, опухоли и травмы головного мозга). Характерно возникновение в ночное время («бред сновидения»), после пробуждения – фрагментарные болезненные переживания, усиливающиеся вновь к вечеру. Иногда болезненные переживания отмечаются и в дневное время при закрывании глаз. В них отражены образы и воспоминания прошлого, сцены семейной жизни, профессиональной деятельности. Амнезия неполная.

Ср.: Б. бытовой гипнагогический.

**Б. особого значения** – близок к Б. отношения. Е.Н. Каменевой [1957] рассматривался как усложненная форма Б. отношения, соответствующая более выраженной стадии болезни. Больные придают особый смысл словам и поступкам окружающих. Отношение к больному окружающих обычно выражено в замаскированной, символической форме, с помощью иносказательных знаков (слов, действий, предметов, имеющих особый смысл). Промежуточное положение меж-

ду Б. отношения и Б. особого значения занимает Б. намека [Berze J.] – жесты, факты, предметы не случайны, они как бы намекают на неполноценность больного, угрожают ему карой.

**Б. острый** – острое психотическое состояние с резким двигательным возбуждением и помрачением сознания, возникающее при значительном повышении температуры тела и физическом истощении. Характерно иллюзорное восприятие обстановки, происходящего вокруг, выраженный аффект страха, тревоги, импульсивные поступки. Наблюдается при инфекционных и интоксикационных психозах, при галлопирующей форме прогрессивного паралича, эпилепсии, при острых травматических и старческих психозах. Б.о. – недостаточно дифференцированное понятие, преимущественно относимое к экзогенным психозам, однако из него в качестве одного из вариантов выделена фебрильная шизофрения [Краснушкин Е.К., 1933; Юдин Т.Н., 1939; Stauder K., 1934; Scheid K., 1937], для которой характерны приступы, достигающие уровня фантастически-бредовых, кататоно-онейроидных.

Син.: острый делирий *(лат. delirium acutum),* мания Белла [Bell L.V., 1849], смертельная шизофрения, гипертоксическая шизофрения, фебрильная шизофрения.

**Б. осциллирующий** (*лат. oscillum* – колебание) – нестойкие, итермиттирующие, то появляющиеся, то исчезающие бредовые идеи.

**Б. отравления** – характеризуется идеей о применении по отношению к больному ядовитых веществ, о добавлении их в пищу, воду, о распылении их в воздухе с целью нанесения вреда здоровью больного или его убийства. Часто сочетается с Б. преследования, при психозах позднего возраста – с Б. малого размаха.

**Б. очарования гипнотического** [Бехтерев В.М., 1905] – систематизированные бредовые идеи гипнотического воздействия. Больные утверждают, что они здоровы, но их загипнотизировали: они лишены своей воли, их поступки внушены извне. Воздействие извне определяет, по заявлению больного, его мысли, речь, письмо. Характерны жалобы на раздвоение мыслей: помимо принадлежащих самому больному мыслей у него якобы есть и чуждые ему, посторонние, внушенные извне. По мнению современных исследователей [Гулямов М.Г., 1965], Б.о.г, является одним из описаний Кандинского–Клерамбо синдрома психического автоматизма.

Близок к Б. овладения.

**Б. параноидный** – объединяет различные формы Б. с идеями неблагоприятного, отрицательного воз-

действия на больного извне (Б. отношения, воздействия, преследования, отравления, ущерба, обкрадывания и т.п.).

**Б. параноический** – систематизированный Б., в построении которого основную роль играют интерпретация реальных фактов, особенности паралогического мышления. Всегда кажется обоснованным, менее нелеп и не так резко противоречит действительности, как отрывочный. Б.п. может быть различным по тематике, содержанию, фабуле. Параноическое симптомообразование характерно для параноических развитии, наблюдающихся преимущественно в рамках психопатий [Ганнушкин П.Б., 1914, 1933].

**Б. паранойяльный** – систематизированный Б., феноменологически близкий параноическому, однако характерный для эндогенных заболеваний и поэтому обнаруживающий иную динамику, что является основным критерием разграничения этих форм Б. E. Kraepelin [1912, 1915], впервые выделивший паранойю, различал два возможных механизма паранойяльного бредообразования: либо в связи с конституциональной предрасположенностью, либо на определенном этапе эндогенного процесса. При шизофрении наблюдается или в начальной стадии бредообразования, сменяясь последовательно параноидным и парафренным, или, оказываясь достаточно стабиль-

ным, в рамках атипично протекающего паранойяльного варианта параноидной формы.

**Б. парафренный** – характеризуется наличием ретроспективных интерпретаций, конфабуляций, ложных узнаваний, пышных бредовых идей величия, бредового фантазирования. См. *Парафрения.*

**Б. первичный** – см. *Б. примордиальный.*

**Б. персекуторный** *(лат. persecutio* – преследование) – группа форм Б., протекающих с чувством страха, недоверия и подозрительности по отношению к окружающим. Нередко «преследуемый» становится преследователем. К Б.п. относят Б. преследования (в собственном, более узком, смысле), отношения, значения, воздействия, отравления, ущерба.

**Б. поражения паразитами** [Wieser S., Keiser H., 1966] – характеризуется жалобами больных на мнимое поражение паразитами различных частей тела, кожи, жилища, одежды. Жалобы основаны на испытываемых ими мучительных ощущениях. Наиболее часто встречается в возрасте 50-60 лет, особенно у женщин. Наблюдается при инволюционной парафрении и меланхолии, атрофических процессах, депрессивных состояниях различной этиологии, параноических развитиях. Часто при этом отмечаются нарушения кожной иннервации и заболевания кожи.

Ср.: Берса–Конрада синдром, пресенильный дер-

матозойный бред Экбома.

**Б. превращения** – см. *Б. метаморфозы.*

**Б. преследования** – характеризуется тенденцией больного видеть направленное против него преследование со стороны других людей. При этом часты аффекты тревоги и страха. Нередко сочетается со слуховыми галлюцинациями. Может быть как отрывочным, так и систематизированным. Входит в группу синдромов Б. персекуторного.

**Б. примордиальный** (*лат. primordialis* – изначальный, первичный) [Griesinger W., 1867] – изначальный, первичный Б., возникновению которого не предшествуют обязательные, согласно концепции единого психоза, стадии аффективных расстройств, меланхолии и мании. В последующем в психиатрической литературе первичный, истинный Б. рассматривался как невыводимый из других психопатологических расстройств, психологически необъяснимый [Jaspers K., 1913; Schneider K., 1931; Gruhle H.W., 1932].

K. Jaspers различал в первичном Б. бредовое восприятие (бредовое истолкование адекватно воспринимаемых вещей), бредовое представление (ретроспективное переосмысливание реальных воспоминаний, внезапные наития, озарения) и бредовое осознание (возникновение у больного знаний об имеющих якобы важное мировое значение событиях). K.

Schneider объединял бредовое представление и бредовое осознание и рассматривал их как бредовое озарение; бредовое восприятие он относил к симптомам первого ранга при шизофрении. Типичным примером примордиального (первичного) Б. является шизофренический Б.

Первичному Б. противопоставляется вторичный (или бредоподобные идеи), выводимый из расстройств сознания, аффективности, галлюцинаций, психологически понятный Б., наблюдающийся при параноическом развитии.

Большинство современных психиатров признают лишь клинико-феноменологическое выделение Б.п., тогда как по патогенезу рассматривают любые формы бредообразования как вторичные, в происхождении которых важную роль играют расстройства перцепции, аффективности, мышления, сознания. Этап предшествующих манифестации первичного по клинической картине Б. психических расстройств просматривается, они протекают латентно, не проявляясь внешне явными расстройствами поведения. Поэтому Б.п. часто производит впечатление неожиданно возникающего, психологически невыводимого, непонятного. В.Б. Иванов [1979] подчеркивает значение неосознаваемых механизмов условнорефлекторной психической деятельности в первичном шизофрени-

ческом бредообразовании.

**Б. притязания.** Характеризуется борьбой больного против допущенной несправедливости, попрания его прав – социальных, научных (на открытие) и т.п. Часто сочетается с идеями реформаторства, кверулянтскими.

**Б. разорения** – см. *Б. обнищания.*

**Б. ревности** – характеризуется идеями супружеской неверности, всегда в связи с причиняемым больному моральным и материальным ущербом. Чаще является систематизированным. Наблюдается в рамках параноического развития, при алкоголизме. При шизофрении Б.р. носит чаще характер параноидного, возникает без видимой причины, не соответствует преморбидным особенностям личности.

**Б. резидуальный** [Neisser C., 1894] – возникает в связи с перенесенным психотическим состоянием на фоне внешней нормализации поведения. Содержит фрагменты прежних болезненных переживаний. Может наблюдаться после острых галлюцинаторно-параноидных состояний, после делирия (делириозный бред), по выходе из эпилептического сумеречного состояния. При эпилепсии резидуальное бредообразование связано с такими особенностями сумеречных состояний, как их интенсивность, частота, фотографическая повторяемость, литический характер выхо-

да из них [Фрумкин Я.П., 1936]. Материалом резидуального бредообразования при эпилепсии могут быть и окрашенные в отрицательные эмоциональные тока дисфории [Блейхер В.М., Золотницкий Р.И., 1963]. В последнем случае это чаще всего ипохондрический Б.

**Б. ретроактивный** [Sommer К., 1901] – искаженная интерпретация событий прошлой жизни больного в свете его бредовых переживаний. Иногда, при парафренном характере бреда, важную роль в генезе такого истолкования играют парамнестические расстройства.

Син.: Б. ретроспективный.

**Б. реформаторства** – вариант Б. величия, характеризующийся идеями коренного переустройства жизни страны, мира – политического, экономического, религиозного. Нередко сочетается с идеями преследования. Как правило, является систематизированным.

**Б. самообвинения** – один из наиболее типичных вариантов Б. депрессивного. Характерно приписывание больным себе якобы совершенных им в прошлом или совершаемых в настоящее время поступков, наносящих большой вред окружающим, гибельных для них. Нередко является мотивом суицидального поведения. Часто больной жаждет наказания за эти поступки. Сама депрессия больным психологически нередко выводится из идей самообвинения.

**Б. самоуничижения** – переживание больным идеи собственной ничтожности – физической, психической, моральной. Больной представляется личностью, отрицательной не только с точки зрения окружающих, но и в собственном представлении. Вариант Б. депрессивного.

**Б. сверхценный** [Birnbaum K., 1915, 1928] – Б., развивающийся из сверхценных идей через стадию сверхценных представлений бредового характера. В дальнейшем может смениться паранойяльным [Смулевич А.Б., 1972].

**Б. сенситивный отношения** [Kretschmer E., 1918] – бредообразование, в основе которого лежит повышенная личностная чувствительность больного, его акцентуированная аффективность и известная конституциональная предрасположенность. Таким образом, Б. отношения выводится как бы из характера преморбидной личности и из аффективного состояния больного. Понятие Б.с.о. привлекалось для объяснения бредообразования при паранойе в соответствии с концепцией ее психогенеза. При этом в плане многомерной диагностики учитываются такие факторы, как конституция (сенситивный характер), переживание и специфический внешний раздражитель. По современным представлениям, речь идет о параноическом развитии.

**Б. систематизированный** – характеризуется наличием определенной бредовой системы. Отдельные бредовые построения взаимосвязаны. Нарушено преимущественно абстрактное познание окружающего мира, искажено восприятие внутренних связей между различными явлениями, событиями. Противопоставляется Б. отрывочному. Типичные примеры – Б. паранойяльный, параноический, некоторые формы Б. парафренного.

**Б. сутяжничества** – характеризуется упорной борьбой по отстаиванию своих якобы попранных прав. При этом больные обращаются с жалобами во всевозможные инстанции, собирают огромные количества представляющихся им важных документов. Нередко наблюдается при параноическом развитии; прослеживается динамика от реально обусловленных конфликтных переживаний через стадию сверхценных идей к Б.с., не снижающему своей интенсивности даже при уходе со сцены участников первоначального конфликта – само сутяжничество становится самоцелью.

Син.: Б. кверулянтов (*лат. querulus* – постоянно жалующийся), сутяжное помешательство.

**Б. тугоухих** – возникает у лиц со значительным снижением слуха в связи с болезненной интерпретацией дефектно воспринимаемой или вовсе недоступ-

ной больному речи окружающих. Чаще всего – идея отношения, преследования.

Син.: Б. преследования тугоухих.

**Б. физического недостатка, неприятного для окружающих** [Николаев Ю.С., 1949] – разновидность дисморфофобий бредового характера (дисморфоманий). Больные высказывают бредовые идеи о недержании ими газов.

**Б. чувственный** – несистематизированный, отрывочный Б. Более нелеп, чем систематизированный, менее аффективно насыщен. Чаще всего проявляется в болезненном восприятии тех или иных факторов окружающей действительности. В его основе – нарушение чувственного познания, непосредственного отражения предметов и явлений окружающего мира. Характерны внезапность возникновения фабулы, ее наглядность и конкретность. По О.П. Вертоградовой [1976], Б.ч. – это Б. восприятия, тогда как Б. образный – это Б. представлений.

**Б. эротического презрения** [Kehrer F., 1922] – особая форма эротического бреда, возникающего чаще всего у одиноких, неустроенных женщин. Больные утверждают, что все окружающие (весь город, вся страна) считают их женщинами легкого поведения. Вначале может возникнуть реактивно, в связи с действительно имевшим место в жизни больной

эпизодом, который она рассматривает как сексуально-этическую неудачу. Впоследствии все это бредовым образом интерпретируется. Бредообразование носит характер психогенного по механизмам выделенного Kretschmer сенситивного бреда отношения.

**Б. эротического преследования** [Krafft-Ebing R., 1890] – вариант Б. эротического, при котором больные считают себя жертвами сексуальных притязаний и оскорблений со стороны окружающих. Чаще всего наблюдается у женщин, которые утверждают, что их преследуют мужчины, которым потакают, способствуют и некоторые женщины. При этом часты слуховые галлюцинации оскорбительного содержания и неприятные ощущения в области половых органов. Возможны попытки самоубийства больных, оговоры ими окружающих, обвинение в изнасиловании. Нередко больные устраивают своим мнимым преследователям скандалы в публичных местах или проявляют к ним агрессию. Наблюдается при шизофрении, в клинике парафренных состояний.

**Б. эсхатологический** *(греч. eschaton* – предел, конец, *logos* – учение). См. *Б. апокалиптический.*

**Бред шизофренический, стадии по Конраду** [Conrad K., 1958] – характеризуют динамику бредообразования при острой шизофрении. Начальная стадия – трема – соответствует картине бредового на-

строения; ее основные признаки – тревожность, растерянность. Вслед за ней наступает стадия апофении, то есть собственно бредовая. Апофения соответствует понятиям «бредовое представление» и «бредовое восприятие». Происходит измененное осознание окружающего. Для апофении характерна эгоцентрическая, солиптическая позиция больного. Измененное ненормальное переживание окружающего (анастрофа) проявляется в том, что все происходящее вокруг ставится больным в связь с его личностью (ср.: феномен присвоения). Апофения сменяется либо апокалиптической стадией, либо «консолидацией», либо «резидуальным дефектом». Апокалиптическая стадия проявляется распадом цельного восприятия больным окружающего, все вокруг воспринимается им в соответствии с каким-то особым смыслом, значением окружающих предметов. Апокалиптика соответствует переживаниям больного при острой кататонии.

Бредовые синдромы типа апофении, по K. Conrad [1959], наблюдаются и при симптоматических психозах, в рамках которых они осложняются иллюзиями и галлюцинациями и перерастают в синдромы помраченного сознания.

**Бреда инкапсуляция** *(лат. in* – в, *capsula* – ящичек, ларчик). Прекращение развития бреда, утрата им

влияния на осмысление окружающего и поведение больного. Дезактуализация бреда при оставшихся сохранными прежних болезненных идеях.

**Бреда кристаллизация** [Балинский И.М., 1859]. Период в развитии первичного бреда, непосредственно следующий за периодом предвестников – «первичного бредового настроения». На смену крайне тягостным для больного подозрениям и ожиданиям, недоверчивости, подозрительности, когда все окружающее приобретает какой-то особый смысл, приходит бредовое осознание. Реальные события активно переосмысливаются в плане бредовых переживаний, расширяется круг бредово интерпретируемых событий, явлений и устанавливаются понятные только больному связи между ними. Возникает бредовая система, в которой можно выделить ее ось. Сменяется периодом регресса бреда, характеризующимся распадом бредовой системы.

**Бреда прообразы** [Башина В.М., 1980]. Психопатологические состояния, обнаруживаемые при ранней детской шизофрении, в возрасте 5-7 лет, и характеризующиеся аффектом тревоги, беспокойства, страха, негативизмом, на высоте которых возникает недоброжелательное отношение к родным или отрицательное – к пище. Антипатия к родным или вовсе не объяснима, или мотивы отношения ребенка но-

сят совершенно неадекватный, противоречивый характер. Стойкое, некорригируемое отрицательное отношение к пище сопровождается тревогой, необъяснимым страхом. Эти симптомы являются своеобразными ощущениями, не достигающими в своем развитии уровня стойкого патологического суждения, но приобретающим ряд свойств последнего: они беспричинны, не поддаются коррекции, определяют поведение больного.

**Бредовая защита.** Защитное поведение больного, обусловленное его бредовыми переживаниями. Включает действия больного, направленные против предполагаемых врагов, собирание доказательств своей правоты (например, больной с бредом интерметаморфозы, утверждающий, что под видом его жены к нему в дом засылалось свыше 10 женщин, принимавших ее облик, собирает фотографии жены в разные периоды жизни, чтобы все же найти отличия), попытки расправы с врагами, бредовую миграцию.

**Бредовая миграция.** Перемена больным под влиянием бредовых переживаний места жительства (квартиры, города, страны), смена привычных маршрутов, якобы контролируемых преследователями. Наблюдается при бреде преследования, отравления, ущерба.

**Бредовое восприятие** [Jaspers К., 1913]. Вари-

ант первичного бреда – бредовое истолкование адекватно воспринимаемых вещей. Предмет или явление воспринимаются правильно, но им придается неадекватное, бредовое значение. Новое восприятие значения вещей недоступно критическому переосмыслению. Диапазон Б.в. – от неясной, еще непонятной больному значимости вещей (необычный взгляд встреченного человека, особенности его одежды и т.п.) до бредовых идей значения, отношения.

**Бредовое озарение** [Schneider K., 1939]. Вариант первичного бреда, включающий в себя бредовое представление и осознание; по K. Jaspers, предполагает внезапную, интуитивную актуализацию бредовой мысли.

**Бредовое осознание** [Jaspers K., 1913]. Вариант первичного бреда. Характеризуется возникновением у больного знаний об имеющих, по его мнению, важное мировое значение событиях, хотя раньше он никогда над этими проблемами не задумывался.

**Бредовое представление** [Jaspers K., 1913]. Вариант первичного бреда. Характеризуется ретроспективным переосмыслением реальных воспоминаний или внезапными наитиями, «озарениями», которые не вытекают из предшествовавших размышлений и возникают совершенно неожиданно. Характерно своеобразное интуитивное мышление, часто встре-

чающееся у больных шизофренией и связываемое с расщеплением личности [Bleuler M., 1972].

**Бредовые вспышки** [Magnan V., 1893]. Острые галлюцинаторно-бредовые шизофреноподобные психозы. Характерно их острое возникновение, ясность сознания (отсутствие грубых нарушений сознания), течение по типу эпизодов, наступление спонтанной ремиссии. Бред возникает внезапно («мгновенность озарения»), его фабула полиморфна и нестойка; как правило, наблюдается интенсивный аффект (повышенное настроение или депрессия). Б.в. полиэтиологичны и возникают не только у «дегенерантов». По выходе из психоза больные не обнаруживают признаков психического дефекта. Возможны рецидивы. Б.в. – сборное понятие, включающее в себя: 1) острые фантастические психозы [Dupre E., 1925], для которых характерны фантастические бредовые идеи величия и, реже, самообвинения с характером громадности; 2) острые интерпретативные психозы [Serieus P., Capgras J.M.J., 1909], протекающие по типу острых параноидов со страхом и тревогой; 3) острые галлюцинаторные вспышки с преобладанием вербальных галлюцинаций, псевдогаллюцинаций и идей воздействия, описанные Ey H. [1954]; 4) истинно полиморфные формы [Ey H., 1954], отличающиеся отсутствием систематизации бредовых идей. В отечественной

психиатрии рассматриваются как острые приступообразные эндогенные психозы [Пападопулос Т.Ф., 1975].

**Бредовые предвосхищения** [Сумбаев И.С., 1948, 1958]. Формы бреда, которым присуща направленность болезненных переживаний в будущее. Автор связывал это с сохранностью известной психической активности, однако известны бредовые, парафренные синдромы, которым одновременно присуща направленность и в прошлое, и в настоящее, и в будущее (см. *Бред конфабуляторный – Бред ретроспективный предвосхищения будущего).*

**Бредоподобные фантазии** [Siefert S., 1907, Birnbaum K., 1908]. Одна из форм истерических реакций, близких к мифомании Дюпре. Вымыслы больных настолько нелепы и неправдоподобны, что приобретают сходство с бредовыми утверждениями. Развиваются на фоне истерически суженного сознания. Нестойкие идеи величия, богатства, значимости, носящие фантастически-гиперболический характер. Содержание Б.ф. меняется в зависимости от ситуации.

Син.: фантастически-дегенеративные формы.

**Брейера метод гипнокатарсиса** [Breuer J., 1893]. Психотерапевтический метод, при котором больного, находящегося в гипнотическом состоянии, просят вспомнить травмирующее обстоятельство, сыгравшее патогенную роль в возникновении его заболе-

вания. Механизм психотерапевтического воздействия рассматривается как катартический, результатом осознания психотравмы является освобождение от патогенного ее воздействия, процесс «очищения». По Breuer, патогенными являются только амнезируемые неблагоприятные факторы, конфликтные переживания, актуализация же их в памяти и сознании приводит к излечению от невроза, Б.м.г. явился одним из путей, приведших к развитию психоанализа. Случай Анны О., которую Breuer и Freud лечили методом гипнокатарсиса по поводу истерических кашля, параличей и расстройств речи, был описан S. Freud в его первых работах. Однако вместо исцеления у этой больной наблюдалось возникновение новой симптоматики – мнимой беременности, что послужило основанием для выделения фактора перенесения, который Freud рассматривал как проявление отношения больной к психотерапевту.

Метод гипнокатарсиса используется в отечественной психотерапии, будучи освобожденным от психоаналитического пансексуализма [Асатиани М.М., 1926; Консторум С.И., 1959; Иванов Н.В., 1973]. Вопросы теории гипнокатарсиса рассматриваются в тесной связи с материалистическим пониманием проблемы бессознательного [Рожнов В.Е., 1979].

См. *Асатиани метод репродуктивных пережива-*

*ний.*

**Брем-Грезер тест семьи зверей** [Brem-Graser L., 1959]. Проективный тест для изучения отношения ребенка к ситуации в семье. Применяется для исследования детей в возрасте от 4-5 лет и старше. Ребенок должен на рисунке представить свою семью в облике семьи различных зверей. Интерпретация результатов с помощью специального каталога свойств зверей. Пригоден для индивидуальных и групповых исследований. Используется для психодиагностики личности и неврозодиагностики.

**Брике синдром** [Briquet P., 1859]. Одно из первых систематических описаний истерии, протекающей с полиморфной симптоматикой. В современной литературе употребляется для обозначения: 1) случаев истерии, в клинической картине которых отмечаются охрипший голос, учащение дыхания, судорожные движения диафрагмы [Peters U.H., 1977]; 2) полисимптомных форм истерии, характеризующихся частым обращением больных к врачам любого профиля, настойчивыми требованиями ими медикаментозного и хирургического лечения, неопределенными или весьма драматическими медицинскими историями, преподносимыми пациентами, обилием предъявляемых ими жалоб и демонстрируемых симптомов, каждого из которых было бы достаточно, чтобы боль-

ной умер, стремлением получить медицинское разъяснение этих симптомов [Campbell R.J., 1981]. Во втором варианте Б.с. близок к Мюнхаузена синдрому.

**Бриссо–Мари симптом** [Brissaud E., Marie P.]. Односторонний тик мышц языка и губ. Вначале был описан как симптом истерии, однако впоследствии была показана возможность его органического происхождения (в структуре Жиля де ла Туретта синдрома).

**Бродского жидкость** [Бродский Ф.И., 1954]. Лекарственная смесь, употребляемая при лечении эпилепсии. Содержит кальция хлорид, меркузал, фенобарбитал, натрия тетраборат, метилкофеин. Принимается per os.

**Бройтигама синдром** [Brautigam W.]. Регресс личности у наркоманов, проявляющийся в поражении так называемого ядра личности (утрата чувства долга, ответственности, совестливости). Больные бестактны, ненадежны, лживы. Страдают высшие интересы. Меняется поведение, появляется склонность к неадекватным разрядам аффекта. Снижается трудоспособность. Наблюдается склонность к незначительным обидам, огорчениям.

**Брока центр** [Broca P., 1861]. Двигательный центр речи. Расположен в задней трети нижней лобной извилины доминантного полушария. При поражении Б.ц. отмечается симптомокомплекс афазии моторной.

**Бромгидрофобия** *(греч. bromos* – дурной запах, *hydor* – вода, влага, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь, что окружающие могут заметить дурной запах тела, потливость больного. Может входить в структуру дисморфофобии.

**Бронтофобия** *(греч. bronte* – гром, *phobos* – страх). Навязчивый страх – боязнь грома.

**Брунса симптом** [Bruns L., 1902]. Приступы интенсивной головной боли и рвоты, появление головокружения и нарушение чувства равновесия при резком изменении положения головы, особенно при наклоне ее вперед. При этом отмечаются нарушения пульса, дыхания, помраченное сознание. Преходящие амавроз, скотома. Б.с. является следствием периодически возникающих затруднений оттока ликвора из желудочков головного мозга и наблюдается при опухолях и цистицеркозе IV желудочка, при опухолях мозжечка, при образовании спаек оболочек в задней черепной ямке.

**Букка тест рисунка дома – дерева** [Buck J.N., 1948]. Одна из проективных психологических методик для исследования личности. Испытуемому предлагают нарисовать дом, дерево и человека (неструктурированный период теста), затем обследующий обсуждает с ним особенности рисунка (более структурированный, словесный, период). Считается, что мотивы

теста стимулируют у испытуемых свободные словесные ассоциации, в которых отражаются их специфические личностные черты. Интерпретация психоаналитическая.

**Булатова – Буля методика психотерапии** [Булатов П.К., Буль П.И., 1956]. Сочетанное применение электросна и гипноза. Вначале с помощью аппарата для электросна создается глубокое сонное торможение, на фоне которого производится гипнотическое внушение. Последовательность электросна и гипноза иная, чем в Виша – Ларионова методике. Предложена для лечения некоторых внутренних заболеваний (язвенная и гипертоническая болезни, бронхиальная астма, системные неврозы).

**Булаховой синдром** [Булахова Л.А., 1982]. Вариант дисгармонического недоразвития психики. Характеризуется ускоренным интеллектуальным и речевым развитием («роботообразное», формально-логическое мышление, высокие возможности абстрагирования) наряду с грубым недоразвитием эмоционально-волевых свойств (примитивность эмоциональных инстинктивных проявлений), элементарных навыков и адаптивного поведения. Асинхронность в психическом и моторном развитии наблюдается с первых месяцев жизни. Отмечаются недостаточность тонкой моторики речевой артикуляции, дефектность двига-

тельно-кинестетического анализатора. Несформированность функционально-морфологических систем с дефектом эмоциональных мотиваций приводит к нарушениям приспособления ребенка к среде. В происхождении Б.с. играют роль конституционально-наследственные и резидуально-органические факторы. По клиническим проявлениям и патогенезу отличается от Каннера синдрома детского аутизма, Аспергера синдрома психопатии и олигофрении с частичной одаренностью.

**Булимия** *(греч. bus* – бык, *limos* – голод). Патологически усиленный, чрезмерный аппетит, прожорливость, неутолимое чувство голода. Наблюдается при органических поражениях головного мозга межуточно-диэнцефальной локализации. При Клейне–Левина синдроме сочетается с приступами сна во внеурочное время. Часто отмечается при глубоком слабоумии (прогрессивный паралич, сенильная деменция, пресенильные атрофии), при кататонической шизофрении, в депрессивных состояниях (может служить симптомом латентной депрессии).

Син.: «воловий» голод, «волчий» голод, кинорексия.

**Буля методика психотерапии** [Буль П.И., 1960]. Комплексное применение в психотерапевтических целях гипноза, электросна и в процессе последнего

фармакологических средств с отрицательного полюса электрода аппарата для электросна. Предложена для лечения больных бронхиальной астмой и гипертонической болезнью. Вводят никотиновую кислоту, снотворные, адреналин и др.

**Бумке симптом** [Bumke O., 1903]. Отсутствие расширения зрачков под влиянием психического переживания или болевого раздражения у больных ранним слабоумием (шизофренией).

**Бурдона проба** [Bourdon B., 1895]. Экспериментально-психологическая методика для исследования внимания, работоспособности. Известны модификация В.Я. Анфимова [1908], А.Г. Иванова-Смоленского [1928].

**Бурдона тест.** См. *Бурдона проба.*

**Бурневиля синдром.** См. *Склероз туберозный головного мозга.*

**Бурно метод психотерапии творческим самовыражением** [Бурно М.Е., 1983]. Клинико-психотерапевтический метод, предназначенный для лечения пограничных психических расстройств (в широком спектре, включая и малопрогредиентную шизофрению), отличающихся дефензивными проявлениями (тягостное переживание больным своей неполноценности). Занятия индивидуальные и групповые, в амбулаторных условиях и в домашней обстановке. Больные обуча-

ются разнообразно творчески выражать себя соответственно своим способностям, изучают присущие им личностные особенности, характерологические радикалы, специфику типичных для них невротических и неврозоподобных расстройств. Утверждаясь в себе, участвуя в общественно полезной жизни, пациенты отыскивают выход из болезненного состояния. Полный амбулаторный курс лечения продолжается 2-5 лет.

**Бускаино метод гиперпиротерапии** [Buscaino V.M., 1938]. Один из методов пирогенной терапии психозов (см. *Вагнер-Яурегга метод маляриотерапии, Шрёдера метод сульфозинотерапии).* Был предложен для лечения шизофрении и заключается во введении внутривенно два раза в неделю тифопаратифозной вакцины в дозе, повышающей температуру тела до 38,5-39,5 град. С. Проводится 2-3 курса лечения (курс – 16-20 вливаний). Относится к средствам общебиологической терапии психозов, способствует мобилизации защитных сил организма и, в соответствии со взглядами Бускаино на патогенез шизофрении, борьбе с аутоинтоксикацией. Отмечается известная эффективность при параноидной и гебефренной формах шизофрении.

**Буянова методика тренировочной психотерапии** [Буянов М.И., 1976]. Сборная группа психотера-

певтических приемов, включающая приемы, основанные на самовнушении и примыкающие к суггестивной психотерапии (аутогенная тренировка, мышечная релаксация и др.), приемы с выраженным условно-рефлекторным компонентом (угашение патологического рефлекса и некоторые приемы поведенческой терапии, функциональные тренировки, самотренировки), способствующие выработке положительных условных рефлексов. Предложена для психотерапии неврозов у детей и подростков.

**Бьянки синдром** [Biancki L.]. Сочетание сенсорной афазии, апраксии и алексии при поражении теменно-височного отдела коры доминантного полушария головного мозга.

# В

**Вагабондаж** *(лат. vagabundus* – странствующий, скитающийся). Непреодолимое стремление к бродяжничеству, скитаниям, постоянной перемене мест. Наблюдается главным образом при психопатиях, может носить невротический характер (при неврозе навязчивых состояний). Входит также в структуру тасикинезии (см. *Ио синдром).*

Син.: дромомания, пориомания.

**Вагинизм** *(лат. vagina* – влагалище). Повышенная чувствительность слизистой влагалища к прикосновению, склонность к рефлекторным спазмам мышц преддверия влагалища и тазового дна. Затрудняет, а иногда делает невозможным половой акт, гинекологическое обследование. Часто наблюдается при истерии.

Син.: вагодиния, вульвизм.

**Вагнер-Яурегга метод** [Wagner-Jauregg J., 1917]. Лечение прогрессивного паралича прививками малярии. Попытки лечения психических заболеваний прививками возвратного тифа предпринимал в 1876 г. в Одессе доктор А.С. Розенблюм.

Син.: маляриотерапия.

**Вагнер-Яурегга симптом** [Wagner-Jauregg J.]. При

легком надавливании на глазные яблоки удается установить контакт с больным, находящимся в состоянии кататонического ступора.

**Ваготония** *(анат. vagus* – блуждающий нерв). Один из видов диссоциации деятельности вегетативной нервной системы – преобладание тонуса парасимпатического ее отдела над симпатическим. Проявляется брадикардией, снижением АД, гипогликемией, гипергидрозом и т.д.

Син.: парасимпатикотония.

**Вайтбрехта псевдогаллюцинации** [Weitbrecht H.J., 1967]. Слуховые псевдогаллюцинации кататимного происхождения, чаще всего отличающиеся угрожающим или упрекающим характером. Наблюдаются главным образом при психозах позднего возраста, протекающих с выраженной тревогой.

**Валентина Святого болезнь.** Одно из старых названий эпилепсии.

**Вальденштрёма синдром** [Waldenstrom J., 1945]. Одна из форм тиреотоксикоза, отличающаяся остротой течения. При отсутствии своевременного лечения возможен летальный исход. Наблюдаются психотические состояния, галлюцинации, бессонница или, наоборот, чрезмерная сонливость.

**Вальтер-Бюэля триада** [Walter-Buel H., 1951]. Признаки, характерные для органического психосин-

дрома: ослабление памяти, ухудшение понимания, недержание аффектов.

**Вампиризм** *(фр. vampire; нем. vampir* – чудовище, призрак, высасывающий кровь из жертвы). Вид перверсии (садизма), при которой половое удовлетворение достигается осквернением трупа, нередко обезображиваемого, разрезаемого на части.

Син.: некросадизм, некрофилия, бертранизм.

**Вартегга рисуночный тест** [Wartegg E., 1963]. Проективный метод исследования личности. Больному предлагают 8 квадратов, содержащих знаки-раздражители (точку, волнистую линию, отрезки прямых в различных положениях, заштрихованный квадрат, полуокружность, пунктирную полуокружность). Эти знаки рассматриваются как начальные линии рисунков, которые обследуемые должны создать на их основе. Интерпретация результатов, по Wartegg, является эклектической, однако апробация этой методики при исследовании больных шизофренией и эпилепсией показывает ее известную диагностическую значимость [Блейхер В.М., Чередниченко А.Т., 1976]. K. Meili [1969] проводит аналогию между В.р.т. и методом Роршаха, так как оба они построены на переработке и интерпретации заданных стимулов в допускающих неоднозначную мотивацию условиях исследования.

**Вассермана реакция** [Wasserman A., 1906]. Серо-

логическая реакция для диагностики сифилиса. Основана на свойстве сыворотки крови больных сифилисом образовывать с соответствующим антигеном комплекс, абсорбирующий комплемент (реакция связывания комплемента). При предположении о нейросифилисе В.р. проводится не только с кровью больного, но и с ликвором. В связи с частой неспецифически положительной В.р. в крови ее дополняют осадочными реакциями Кана и Закса–Витебского (при взаимодействии сыворотки крови больных сифилисом с липидным антигеном происходит образование преципитатов). Оценка результатов до 4 плюсов.

**Вателя синдром.** Резкая декомпенсация личности в связи с неблагоприятной ситуацией профессионального характера, совершенно неадекватная реальной ситуации. Характерна острота симптоматики – тревога, предчувствие неизбежной смерти, паника, суицидальные мысли и поступки. Преморбидные личностные особенности: незрелость, изоляция от окружающих людей. Последняя может быть как личностно-типологической особенностью, так и проявлением механизмов психологической защиты. Происходит акцентуация, актуализация прежних травмирующих ситуаций или неразрешенных конфликтов. Описан M.P. Livadon, M.M. Quidu, M.J. Rabardel [1963] и рассматривается ими как невроз эмоциональной сенсибили-

зации.

*Ватель* – повар принца Конде, известный тем, что предпочел самоубийство в ситуации, которая угрожала его профессиональной чести, опасаясь, что к столу не поспеет свежая морская рыба.

**Введенского теория парабиоза** [Введенский Н.Е., 1901]. Выделение в функционировании нервной ткани под влиянием внешних агентов стадии пониженной лабильности, характеризующей переход возбуждения в торможение. Парабиоз – обратимое изменение нервных клеток, переходящее при углублении и усилении действия вызвавшего его агента в необратимое нарушение жизнедеятельности – смерть. Для перехода возбуждения в состояние стойкого парабиотического торможения (пессимум) важна не столько абсолютная сила раздражителя, сколько относительная, превышающая предел устойчивости данной нервной системы в данное время. Важное значение придается единству процессов возбуждения и торможения, возникновение которых зависит от уровня лабильности нервного субстрата. Парабиоз рассматривается как запредельное торможение, результат трансформации процесса возбуждения. Парабиозу присуще искажение силовых процессов в жизнедеятельности нервных клеток, проходящее последовательно три фазы: 1) провизорную (уравнитель-

ную) в которой уравниваются эффекты воздействия более сильных и умеренных раздражителей; 2) парадоксальную, в которой сильный раздражитель не дает эффекта; 3) тормозящую, в которой нервная ткань полностью утрачивает способность к проведению возбуждения любой интенсивности.

В.т.п. сыграла важную роль в создании Ухтомского теории доминанты и физиологической Павлова теории высшей нервной деятельности (см.), привлекается для патофизиологического объяснения ряда психопатологических явлений (например, острых психогенных реакций), для понимания сущности гипноза.

**Вдавления пальцевые** *(анат. impressiones digitate).* Углубления на внутренней поверхности свода черепа, внешне напоминающие следы от давления пальцев. При некоторых заболеваниях головного мозга (главным образом опухолях) В.п. становятся более углубленными, что замечается при рентгенографии. При гидроцефалии В.п. истончаются.

**Вегетативная дистония** [Wichmann B., 1934]. Нейровегетативный синдром, проявляющийся признаками функциональных нарушений деятельности внутренних органов – желудка, пищевода, сердца и т.д., головной болью, колебаниями артериального давления, внутренним напряжением, возбужденностью, раздражительностью, внутренним беспокойством, по-

вышенной утомляемостью. Некоторыми исследователями рассматривается как самостоятельный невроз – вегетоневроз.

Син.: нейровегетативная дистония, нейровегетативный синдром Вихмана.

**Везанический** *(лат. vesanius* – безумный, неистовый). Определение ярко и всесторонне выраженного психопатологического феномена. См. *Везания.*

**Везания** *(лат. vesania* – безумие, помешательство). См. *Кальбаума везания.*

**Вейтценхоффера – Хилгарда шкала** [Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R., 1962]. Служит для определения степени глубины гипнотического состояния. Учитываются такие факторы, как заранее внушенное опускание поднятой до определенного уровня руки, внушенные галлюцинации, наличие внушенных сновидений, регрессия возраста, аносмия, обездвиженность руки, возможность вызывания негативных галлюцинаций (больной не видит в связи с суггестией реальных предметов), постгипнотическая амнезия.

Шкала построена по типу психометрических тестов, исследование длится около 1 ч. Была использована для обнаружения связи между гипнабельностью и другими личностными особенностями индивидуума [Hilgard E.R., 1965].

Син.: стенфордская шкала С.

**Веко третье.** Вертикальная кожная складка во внутреннем углу глаза больных, страдающих болезнью Дауна.

Син.: эпикант *(греч. epi* – над, возле или внутри, *kanthos* – угол глазной щели).

**Векслера тест** [Wechsler D.]. Один из наиболее распространенных психологических тестов для исследования интеллекта с помощью серии экспериментальных методик-субтестов. Был разработан в двух вариантах в 1949 и 1955 гг. Различаются вербальные и невербальные субтесты. Суммарный показатель выражается интеллектуальным коэффициентом (IQ).

**Векслера шкала памяти** [Wechsler D., 1945]. Тест для психометрического исследования функции памяти. Состоит из ряда субтестов, направленных на изучение механической, смысловой и ассоциативной памяти. Дает возможность сопоставить слуховую и зрительную, кратковременную и долгосрочную память. Вычисляются абсолютные показатели и с поправкой на возраст – корригированный показатель памяти. Последний по специальной таблице может быть преобразован в эквивалентный показатель памяти, соответствующий ранжированию уровня интеллекта по шкале интеллекта Векслера.

**Вельвовского психопрофилактика болей при родах** [Вельвовский И.З., 1950]. Комплекс психотерапевтических и психогигиенических мероприятий, включающий в себя дородовую подготовку и психогигиеническое ведение в родах. Содержит приемы рациональной психотерапии (разъяснение, убеждение), внушение в бодрствующем состоянии, приемы релаксации, дыхательные упражнения.

**Вельдьеши активно-комплексная психотерапия** [Volgyesi F.A., 1959]. Метод внедрения психопрофилактики и психотерапии среди широких кругов населения путем создания так называемых «школ больных». В такие школы привлекаются как больные и реконвалесценты, так и лица, предрасположенные к тем или иным заболеваниям. Здесь слушателям сообщают необходимые медицинские сведения на популярно-научном уровне, проводится психотерапевтическая работа.

**Венерофобия** *(лат. Venus (Veneris)* – в древнем Риме богиня любви, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться венерической болезнью.

**Вентрикулография** *(лат. ventriculus* – желудочек, *греч. grapho* – писать, изображать). Метод контрастного рентгенографического исследования головного мозга, позволяющий установить топику объемного процесса или локализацию места нарушения ликвор-

ного оттока. С этой целью используется введение в желудочковую систему воздуха (пневмовентрикулография, негативная В.) или специального вещества, обладающего значительной способностью поглощения рентгеновского излучения (позитивная В.).

**Верагута психогальванический рефлекс** [Veraguth O., 1904]. Снижение электрической сопротивляемости кожи или колебания кожного элекропотенциала в состоянии психического возбуждения в связи с изменением секреции потовых желез. Дает возможность объективно регистрировать изменение эмоционального состояния человека.

См. *Тарханова феномен.*

**Верагута симптом** [Veraguth O.]. Особенность мимики депрессивных больных. Кожная складка верхнего века и нередко бровь на границе внутренней и средней трети оттягиваются кверху и образуют вместо дуги угол, что придает лицу больного особенно скорбное выражение.

**Вербальный проективный тест** [Блейхер В.М., Боков С.Н., 1990]. Патопсихологическая методика, родственная тематическому апперцептивному тесту (см.). В качестве стимульного материала используются эмоционально насыщенные и неопределенные по содержанию и в сюжетном отношении фразы. При интерпретации получены данные, свидетельствующие

об особой чувствительности методики к эмоциональным нарушениям, позволяющие диагностировать их характер и степень выраженности. Методика апробирована при сравнительном изучении неврозов и неврозоподобной шизофрении [Блейхер В.М., Боков С.Н., 1990].

**Вербигерация** *(лат. verbum* – слово, *gerere* – создавать) [Kahlbaum K., 1874]. Форма речевой стереотипии. Беспрестанное, бессмысленное повторение одних и тех же слов, словосочетаний, фраз, оборотов, иногда созвучных. Чаще всего наблюдается при кататонической шизофрении, в рамках шизофазии.

Син.: персевераторная логорея.

**Вербомания** *(вербо + греч. mania* – безумие, страсть, влечение). Чрезмерная многоречивость, болтливость, сопровождающаяся усилением жестикуляции, подвижной мимикой, живыми эмоциями. Наблюдается при маниакальных состояниях, у некоторых психопатических личностей.

**Вербохромия** *(вербо + греч. chroma* – цвет). Форма синестезии – отдельные слова вызывают ощущение цвета.

**Верже–Дежерина синдром** [Verger H., 1900, Dejerine J., 1914]. Характеризуется нарушением чувства положения тела в пространстве, локализации,

расстройствами тактильной дискриминации, явлениями астереогноза при сохранности поверхностной, особенно болевой и температурной чувствительности. Наблюдается при органических поражениях коры теменной доли головного мозга.

Син.: кортикальный сенсорный синдром.

**Вермифобия** (*лат. vermis* – червь, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь червей и связанных с ними болезней. Иногда может быть связана с танатофобией.

Син.: гельминтофобия.

**Вернера синдром** [Werner O., 1904]. Одна из форм прогерии, отличающаяся от классического ее варианта, описанного J. Huthinson и H. Gilford, более поздним началом заболевания, обычно в возрасте между 14 и 30 годами, и обязательным прогрессирующим слабоумием. Болеют и мужчины, и женщины. Соматически – карликовый рост, маленькая голова, признаки преждевременного постарения (поседение, облысение, выпадение зубов, изменение высоты голоса, изменение кожи – ее гиперпигментация и т.д.), явления хореоретинита, часто присоединяется сахарный диабет. Обусловлен патологией среднего мозга и эндокринных желез.

**Вернике аддуктивные и контрактивные симптомы** [Wernicke C., 1900]. Понятия, идентичные терми-

нам продуктивные и непродуктивные симптомы. Адъдуктивные – симптомы, добавочные по отношению к содержанию нормальной психики (например, бред, галлюцинации), контрактивные – симптомы выпадения, психического дефекта.

**Вернике аллопсихоз** *(греч. allos* – другой) [Wernicke C., 1906]. Выделение форм психозов с преимущественным нарушением аллопсихической ориентировки, то есть с преобладанием болезненных представлений о внешнем мире и о связях между событиями и явлениями в нем.

**Вернике аутопсихоз** *(греч. autos* – сам) [Wernicke C., 1900]. Психоз, в основе которого виделось нарушение аутопсихической ориентировки с преобладанием болезненных представлений о собственной личности, нарушениями самочувствия и самооценки. Наряду с преимущественно депрессивными формами В.а. выделялась его экспансивная разновидность, при которой самооценка носила мегаломанический характер, сочеталась с бредовыми идеями величия.

**Вернике геморрагический полиоэнцефалит.** См. *Гайе–Вернике синдром.*

**Вернике–Корсакова синдром** [Wernicke C., 1881; Корсаков С.С., 1887]. Термин, употребляемый для обозначения поражений головного мозга при алкоголизме, протекающих первоначально с Гайе– Верни-

ке картиной энцефалопатии, а затем, по мере улучшения состояния больного при известном обратном развитии патологической симптоматики, выявляются признаки Корсакова синдрома [Keller M., McCormick M., 1968]. Наличие таких состояний не дает все же основания рассматривать энцефалопатию Гайе–Вернике и синдром Корсакова как единое расстройство [Keller M., 1978].

**Вернике соматопсихоз** [Wernicke C., 1900]. Психоз, протекающий с сенестопатиями и ипохондрическими соматическими переживаниями.

**Вернике центр** [Wernicke C., 1874]. Центр сенсорной речи, расположен в заднем отделе верхней височной извилины доминантного полушария. С поражением В.ц. связывается развитие сенсорной афазии.

**Вертиго истерическое** *(лат. vertigo* – вращение, *греч. hystera* – матка). Возникает вследствие острой психогении при истерии. Сознание может быть сужено, непроизвольного мочеиспускания не бывает.

**Вертиго эпилептическое** *(лат. vertigo* – вращение, *греч. epilambano* – схватывать, нападать). Одна из форм эквивалента эпилептического припадка. При легкой степени помрачения сознания больной испытывает чувство вращения окружающего мира и нарушения собственного равновесия. Для сохранения равновесия тела он вращается вокруг своей оси, но

не падает на землю. Характерно резкое побледнение лица, возможно непроизвольное мочеиспускание.

**Вертигофобия** (*вертиго + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь головокружения. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и соматогенных неврозоподобных состояниях, особенно при сосудистой патологии.

**Вестфаля–Бумке симптом** [Westphal A.K.D., 1906; Bumke O., 1928]. Симптом кататонической неподвижности зрачков. Наблюдается при выраженном кататоническом ступоре. Зрачки периодически расширяются на несколько секунд, часов, дней. При этом они не реагируют на свет, аккомодацию и конвергенцию. Абсолютная неподвижность зрачков то возникает, то снова исчезает. Вестфаль при этом отмечал также изменение формы зрачков и нередко ригидность мышц тела.

**Вестфаля симптомы** [Westphal C.]:

1. Симптом беспокойства зрачков – частая смена сужения и расширения зрачков. Наблюдается при постэнцефалитическом паркинсонизме, при сифилитических поражениях головного мозга.

2. Отсутствие коленных рефлексов при органической церебральной патологии (спинная сухотка, некоторые формы прогрессивного паралича).

3. Псевдоступор – кататоноподобное оцепенение в

связи с аффективно-насыщенными бредовыми и галлюцинаторными переживаниями.

**Вестфаля–Штрюмпеля–Вильсона–Коновалова болезнь.** См. *Дистрофия гепатоцеребральная.*

**Взрывчатость.** Проявление недержания аффекта. Обнаруживается главным образом при дисфориях и выражается сильными, неадекватными поводу, их вызвавшему, эмоциональными, иногда двигательными реакциями. Может выявляться на фоне аффективной вязкости (дефензивно-эксплозивная пропорция у больных эпилепсией).

Син.: эксплозивность.

**Вигиламбулизм** *(лат. vigil* – бдительный, внимательный, *ambulare* – гулять). Дромоманический автоматизм со сменой личности в бодрствующем состоянии. Продолжается несколько часов или дней, в течение которых больной совершает внешне упорядоченные и целенаправленные действия, чуждые его личности. Относится к состояниям истерического транса.

**Вигилитет.** Состояние бодрствования, являющееся предпосылкой ясного сознания. Однако понятия бодрствования и ясного сознания не тождественны, сознание у бодрствующего больного может быть помрачено: например, при вигиламбулизме, бодрствующей коме (coma vigilans).

**Видеопсихотерапия** *(лат. video* – вижу, смотрю,

*греч. psyche* – душа, *therapeia* – лечение). Использование в целях психотерапии видеозаписей. Больному показывают его поведение как бы глазами постороннего наблюдателя, анализируют особенности и причины такого его поведения. Применяется в индивидуальной и коллективной психотерапии.

**Видмарка микрометод** [Widmark E.M., 1932]. Предназначен для количественного определения содержания алкоголя в крови или моче и основан на окислительно-восстановительной реакции между алкоголем и калия гидрохроматом. Остаточное количество калия гидрохромата определяется титрованием гипосульфитом в присутствии калия йодида. Возможны ошибки, так как раствор калия гидрохромата окисляет и ацетон, эфир, хлороформ, паральдегид.

**Визуализация** *(лат. visualis* – зрительный). В психиатрии видоизменение клинической картины протекания психоза, характеризовавшейся до того преимущественно расстройствами мышления, вследствие присоединения зрительных галлюцинаций, придающих особую образность болезненным переживаниям.

**Виктимология** *(лат. victima* – жертва, *греч. logos* – наука). Концепция, согласно которой роль жертвы преступления предопределена специфическими личностными, характерологическими и моральными качествами, чертами пострадавшего, его социокуль-

туральными особенностями, взаимоотношениями с преступной средой, своеобразной ролью в механизме совершения преступления. Имеет приложение в судебной психиатрии, разрабатывающей проблему виктомологической профилактики общественно опасных действий и выделяющей формы виктимного поведения пострадавших [Боброва И.Н. и соавт., 1988]. В частности, придается особое значение роли психопатологических факторов в формировании виктимного поведения.

**Виллнёваа rabbit-синдром** [Villneuve A., 1973]. Вариант хронического паркинсонического синдрома, возникающего при лечении нейролептиками. Характеризуется локальным характером экстрапирамидной симптоматики – тремором губ с частотой 5-5,5 движений в секунду, напоминающим движения губ кролика *(англ. rabbit* – кролик).

**Виммера–Штерна симптом** [Wimmer A., 1926; Stern F., 1927]. Наблюдается у перенесших энцефалит в сочетании с другими спастическими проявлениями и припадками насильственного крика. Больные застывают с опущенными вниз глазами. Рассматривается как признак стриарной патологии. Входит в структуру синдрома насильственных мыслей и действий.

Син.: тонические судороги взора.

**Винга–Купера–Сарториуса шкала психопатоло-**

**гических симптомов** [Wing J.K., Cooper J.E., Sartorius N., 1974]. Опросник, охватывающий 140 психопатологических симптомов, группируемых в 38 синдромов. Каждый из симптомов представлен тремя утверждениями, отражающими различную степень его выраженности. Как и Хэтэуэя и Маккинли опросник MMPI, является эмпирической, основана на самооценке. Предложена для различения шизофрении, паранойи, маниакальной и депрессивной фаз циркулярного психоза, невротической депрессии, патологического развития личности.

**Виндшайда триада церебрального атеросклероза** [Windscheid, 1901]. Симптомы церебрального атеросклероза, наблюдающиеся в периоде, предшествующем инсульту: головная боль, головокружения и резкое ухудшение памяти.

**Винофобия** *(лат. vinum* – вино, *греч. phobos* - страх). Навязчивый страх, боязнь употреблять вино.

**Вирагиния** *(лат. vir* – мужчина, *греч. gyne* – жена, женщина). Извращение сознания пола, когда мужчина чувствует себя женщиной, хотя какие-либо физические признаки женственности у него отсутствуют.

**Вираго** *(лат. vir* – мужчина). Мужеподобная девушка.

**Виргогамия** *(лат. virgo* – девушка, девственница, *греч. gamete* – супруга). Девственный брак, при кото-

ром супруги длительное время (месяцы и годы) не могут начать половую жизнь. Наиболее частая причина – вагинизм.

**Вирилизация** (*лат. viris* – мужской, свойственный мужчине). Проявление у женщины мужских черт. Наблюдается вследствие влияния андрогенных гормонов – при лечении гормональными препаратами, при опухолях надпочечников.

Син.: маскулинизация.

**Вирилизм.** Наличие у женщины соматических и психических особенностей, характерных для мужчин (широкие плечи, узкий таз, грубый голос, гирсутизм, угловатые движения, специфические мужские привычки, наклонности).

Син.: маскулинизм.

**Витта Святого пляска.** Истерическая эпидемия, распространенная в первой половине XIV века в Германии (в монастыре Святого Витта происходило «исцеление одержимых»). В дальнейшем так стали называть хореатические гиперкинезы инфекционного происхождения.

См. *Хорея Сиденгама.*

**Виттмаака–Экбома синдром** [Wittmaak T., 1861; Ekbom K.A., 1945]. Приступообразно возникающие исключительно неприятные ощущения типа парестезии или боли в области наружных поверхностей голеней,

реже – в стопах. Мучительные ощущения усиливаются в состоянии покоя, в ночное время и ослабевают, исчезают при движении ног. Симптоматика чаще бывает двусторонней, симметричной, но иногда неприятные ощущения преобладают в одной конечности либо отличаются альтернирующим характером. Сопровождается тяжелой бессонницей. Наблюдается при различных соматических заболеваниях (при гипохромной анемии, авитаминозах, венозном застое), при беременности. В патогенезе в этих случаях придается значение дефициту железа, пантотеновой кислоты [Nordlander N., 1953]. Описано возникновение В.–Э.с. в связи с психогенией [Lopez-Ibor J., 1973]. В ряде случаев носит семейно-наследственный характер с аутосомно-доминантным типом наследования [Екbom К.А., 1960]. Наблюдается и в рамках транзиторных нейролептических экстрапирамидных расстройств как самая легкая их степень, предшествующая акатизии [Йончев В., 1981].

Син.: синдром «беспокойства ног», синдром «неутомимых ног», синдром «беспокойства голеней».

**Виша–Ларионова методика гипнозоэлектросна** [Виш И.М., Ларионов В.П., 1957]. Гипнотическое внушение предшествует электросну. Последний подключается в момент, когда больной под влиянием гипнотического внушения уже начинает засыпать или спит.

С включением тока сон быстро достигает значительной глубины и протекает спокойно до конца сеанса.

**Вишера болезнь** [Wischer A.L., 1918]. Наблюдается у военнопленных и узников концлагерей. Характерны тоска по родине, подавленное настроение, аутистическая замкнутость, апатия, непереносимость к шуму, ослабление памяти и концентрации активного внимания. Особенно подвержены этой болезни малоинициативные личности.

Син.: болезнь колючей проволоки.

См. *Концентрационных лагерей синдром.*

**Влечение.** Психологическое состояние, неосознаваемый этап формирования потребности. Представленная в нем потребность либо не развивается, угасает, либо, становясь осознаваемой, реализуется в форме конкретного желания, мечты и т.п. В. соответствует стадии зарождения потребности, оно стимулирует деятельность человека, придает ей определенную направленность. Патология В. («жизни влечений») характерна, в первую очередь, для аномальных, психопатических личностей. Различают импульсивные В., направленные на достижение объективно неприемлемых целей (дипсомания, дромомания, пиромания, клептомания, мифомания, копролалия, нимфомания, сатириазис), и расстройства на уровне инстинктов, выражающиеся извращениями врожден-

ных В., в первую очередь сексуального влечения (гомосексуализм, садизм, мазохизм, фетишизм, пигмалионизм, нарциссизм, трансвестизм). Импульсивные В. носят непреодолимый характер, они реализуются без попытки внутреннего сопротивления. К расстройствам В. на инстинктивном уровне относятся и нарушения пищевого влечения (булимия, анорексия, полифагия, полидипсия). В. может носить контрастный характер, в этих случаях оно противоречит конкретной реальной ситуации и морально-этическим установкам личности. Патология В. может носить навязчивый характер – стремление совершать ненужные и даже опасные для больного поступки; такие В. характерны для навязчивых состояний, в рамках которых могут наблюдаться и контрастные В.

**В. половое** *(лат. libido sexualis).* См. *Либидо.*

**Влечений жизнь** [Kraepelin E., 1910]. Термин, употребляемый в психиатрии для обозначения структуры и динамики сферы влечений, особенностей их выявления и влияния на другие психические функции. Нередко определяет весь строй психической жизни субъекта, его характер. Изучение В.ж. особенно важно в клинике акцентуаций характера, психопатий, личностных изменений после органических поражений головного мозга, наркомании. В.ж. существенно изменяется при психозах, протекающих с аффективными

расстройствами (МДП, шизофрении).

**Вменяемость.** Возможность нести ответственность за совершенные поступки. В. устанавливается путем проведения судебно-психиатрической экспертизы, руководствующейся в своем решении медицинским и юридическим критериями. Юридический критерий невменяемости характеризует тяжесть (глубину) психических нарушений, которая исключает вменяемость (невменяемым является лицо, которое во время совершения общественно опасного действия не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими). Медицинский критерий представлен обобщенным перечнем психических заболеваний, исключающих В. К медицинскому критерию относятся хроническая душевная болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие и иные болезненные состояния (состояния, не являющиеся психической болезнью в узком смысле этого слова, но характеризующиеся теми или иными нарушениями психической деятельности: психопатии, психический инфантилизм, некоторые случаи глухонемоты). При этом диагноз болезненного состояния не играет роли абсолютного фактора: учитывается течение болезни, наличие ремиссии и ее качество и т.д. В ряде стран существует понятие уменьшенной В., устанавливаемой в связи с наличием у испытуемого психических откло-

нений, уменьшающих его способность управлять своими действиями и поступками, сознавать совершенное.

**Внешняя изоляция.** Один из механизмов психологической защиты, характеризующийся отделением определенных мыслей, чувств, поступков от личности субъекта в целом. Благодаря этому механизму человек может не испытывать беспокойства при совершении им поступков, противоречащих общепринятым нормам поведения. К В.и. близок механизм сепарации *(лат. separatio* – отграничение, отгораживание), заключающийся в способности человека смотреть как бы со стороны на ситуацию, в которой он сам участвует. Примером такой сепарации может служить сохранение спокойствия, внешнего безразличия во время катастроф, экстремальных ситуаций.

**Внимание.** Направленность психической деятельности в данный момент времени на какой-нибудь объект. Различают В. активное, то есть способность сознательно, целенаправленно сосредоточиваться на определенном объекте, и пассивное, являющееся автоматической, рефлекторной реакцией на раздражитель. При патопсихологическом и психопатологическом исследовании придают значение таким характеристикам В., как его избирательность, объем, устойчивость, возможность распределения и переключае-

мость.

**Внимания флюктуация.** Невозможность длительной концентрации внимания на каком-либо одном объекте, переход внимания с одного предмета на другой, его неустойчивость. Характерна для гипоманиакальных и маниакальных состояний.

**Внушаемость.** Способность воспринимать психическое воздействие со стороны другого лица или группы лиц, степень восприимчивости к внушению. Является индивидуальным свойством личности, зависит от ряда характерологических особенностей (например, у истеричных лиц В. выше, чем у психастеников), от возраста (В. выше у детей), некоторых болезненных состояний (повышенная В. типична для больных алкоголизмом). В. зависит от психологического состояния личности в тот или иной момент, ее эмоциональности, степени усталости и т.п. В значительной мере В. взаимосвязана с конформностью, то есть с тенденцией подчинять свое поведение влиянию других людей (такое «групповое давление» больше обусловлено факторами социальными). Различная степень В. и ее характер определяют выбор психотерапевтических методик – гипнотерапии, рациональной психотерапии. В. по отношению к гипнотическому воздействию – гипнабельность.

Существуют специальные пробы на В.

*Проба С.Н. Астахова* [1962] – легкое надавливание на веки в области надбровных дуг после соответствующего внушения у лиц с повышенной В. и гипнабельностью вызывает смыкание век.

*Проба П.И. Буля* [1955]. Обследуемому дают в руки подвешенный на нитке металлический груз, к которому то подносят, то убирают от него выпиленный из дерева подковообразный, специально покрашенный «магнит». Больному внушают, чтобы он обратил внимание на якобы имеющие место отклонения в положении груза под влиянием «магнита». У внушаемых лиц груз действительно начинает качаться в заданном направлении вследствие возникновения идеомоторных движений.

**Внушение.** Воздействие на психику человека, при котором путем преимущественно неосознаваемой психической активности создается установка на функциональное развертывание ее резервов. В. как бы преодолевает антисуггестивные барьеры – критически-логический, интуитивно-аффективный и этический [Г. Лозанов, 1971]. В то же время В. реализуется, если оно соответствует логическим построениям, присущим мышлению пациента; эмоционально и этически неприемлемые тезисы психотерапевтического воздействия отметаются. Предполагается, что в основе В. лежит специальная суггестивная установ-

ка, являющаяся важным механизмом уравновешивания отношений личности больного с окружающей средой. Успешность В. зависит как от внушаемости, так и от ретенции, прочности В., так как пациент может быть внушаемым, но само В. оказывается непрочным, нестойким. В. может быть прямым и косвенным, в котором определенное значение придается тем или иным предметам и явлениям; в гипнозе и в состояний бодрствования; вербальным и зрительным, в котором использованы в специальном смысле изображения лиц, предметов, ситуаций. В процессе гипноза В. может предусматривать желательную деятельность или чувства пациента на период после гипнотического сеанса (В. постгипнотическое).

Син.: суггестия *(лат. suggestio* – внушение).

**Возбуждение** *(лат. excitatio).* Психопатологическое состояние, характеризующееся усилением и ускорением различных проявлений психической деятельности – мышления, речи, моторики. Особенности проявлений В. зависят от заболевания, в клинической картине которого оно наблюдается, от формы и стадии его течения, возраста больного, от сочетающейся с ним симптоматики – бреда, галлюцинаций, нарушения сознания, слабоумия.

Различают следующие виды В.

**В. аментивное** – входит в картину аменции (см.),

характеризуется некоординированными стереотипными движениями. Нередко это В. в пределах постели.

**В. галлюцинаторное** – связано с наплывом галлюцинаций и часто отражает их содержание.

**В. гебефреническое** – наблюдается при гебефреническом синдроме и отличается дурашливым и нелепым поведением больного, немотивированными эмоциональными проявлениями, гримасничанием и т.д. (см. *Кербикова триада гебефренического синдрома).* При проявлении в поведении кроме гебефренических черт детскости (сюсюканья, употребления уменьшительных слов) говорят о гебефрено-пуэрильном возбуждении.

**В. гиперкинетическое** – протекает с резким усилением проявлений моторики, реактивных и спонтанных движений, но без речевого В. Само В.г. носит характер хаотического, неистового, с появлением движений, напоминающих гиперкинезы. Из-за отсутствия речи такое В. называют «немым».

**В. двигательное** – характеризуется преимущественно чрезмерной двигательной активностью.

**В. депрессивное** – наблюдается на высоте депрессии как эндо-, так и психогенной. При эндогенной депрессии В. обычно возникает в связи с переживаниями безысходной тоски, тревоги, отчаяния. Оно

может нарастать постепенно и быть достаточно продолжительным (тревожная ажитация) но может возникать и остро (меланхолический раптус). При этом нередки суицидальные поступки. При психогенной, в первую очередь истерической, депрессии В. отличается демонстративностью, театральностью, его проявления зависят от реакции окружающих на поведение больного. В тех случаях, когда психогенная депрессия приобретает витальный характер («витализируется», «эндогенизируется»), В. лишено черт демонстративности.

**В. импульсивное** – чаще всего наблюдается при кататонических состояниях и протекает в форме импульсивных внезапных, немотивированных вспышек, с агрессивно-разрушительными действиями. Действия больных бессмысленны, нередко отмечаются явления негативизма.

В. кататоническое – характеризуется вычурностью и бессмысленной манерностью движений, негативистскими проявлениями, двигательными стереотипиями, речевым В. (вербигерация, разорванная речь), импульсивными поступками. При этом могут отмечаться явления растерянности, патетические включения, нелепая, немотивированная экзальтация. При нелепо-дурашливом поведении больных говорят о В. кататоно-гебефреническом.

**В. координированное** – отличается внешней упорядоченностью двигательных актов больных, сохраняющих свою последовательность и законченность, несмотря на ускорение и усиление проявлений моторики. Такое В. наблюдается при патологическом аффекте.

**В. маниакальное** – характеризуется повышенным настроением, ускорением двигательных проявлений и речевой активности, облегченным течением ассоциаций, вплоть до «скачки идей», выразительностью мимики и жестов. При значительной степени выраженности оно также может быть хаотическим, неупорядоченным.

**В. психогенное** – наблюдается в экстремальных ситуациях, носит аффективно-шоковый характер, проявляется паническими поступками, необдуманным бегством.

**В. речевое** – проявляется преимущественно в области речи: многоречивость, вербигерация, речевая разорванность с синдромом монолога, жаргонафазии.

**В. субкоматозное** – возникает при глубоком оглушении, на грани коматозного состояния, и характеризуется беспорядоченностью, некоординированностью движений в пределах постели.

**В. хаотическое** – характеризуется беспрестанны-

ми, беспорядочными действиями, ритмическими движениями. При этом часты яростное сопротивление окружающим, агрессивные поступки.

**В. экстатическое** – сопровождается мимическими и пантомимическими проявлениями экстаза, восторга, преувеличенным выражением счастья. Движения больных неестественны, эмоционально утрированы, чрезмерно выразительны.

**В. эпилептиформное** – наблюдается при сумеречных состояниях и дисфориях. Оно большей частью остро возникает и нередко завершается сном и последующей амнезией. Нередки агрессивно-разрушительные действия, страх, наличие отрывочных образных бредовых переживаний, устрашающих галлюцинаций.

**В. эретическое** – характеризуется эпизодами бессмысленных разрушительных и аутоагрессивных действий. Чаще всего – при глубокой олигофрении.

**Волосатость.** Чрезмерный рост волос, иногда в нехарактерных местах. Наблюдается у мужчин и женщин. У женщин может быть проявлением вирилизма.

Син.: гипертрихоз, политрихия.

**Волюнтаризм** *(лат. voluntas* – воля). 1. Идеалистическая философская концепция, рассматривающая волю как основу «душевной жизни» и поведения человека, высший принцип бытия. При этом речь

идет о воле не как о сознательном проявлении целенаправленной психической деятельности человека, а как о божественно предопределенном явлении. В законченном виде философский В. сформулирован в работах А. Шопенгауэра. 2. Деятельность человека, игнорирующая реальные обстоятельства и объективные законы природы, вытекающая из произвольных решений осуществляющих ее лиц.

**Воля.** Способность к целенаправленной и сознательной деятельности, нередко вопреки непосредственным побуждениям (желаниям, стремлениям), не детерминированным целью. Эти непосредственные побуждения играют роль внутреннего препятствия, и волевая деятельность должна их преодолевать. Примерами нарушений волевой деятельности могут быть импульсивные поступки, аффективно обусловленные действия, совершаемые без участия волевых задержек. О недостаточности волевой деятельности свидетельствуют амбивалентность, абулия, парабулия. Затруднения В. характерны для навязчивостей с присущей им борьбой мотивов.

**Вольперта имаготерапия** *(лат. imago* – образ, подобие) [Вольперт И.Е., 1968]. Психотерапевтический метод, заключающийся в воображении больным тех или иных представлений, состояний, ощущений. С помощью психотерапевта больной активно воссоздает

воображаемый образ, соответствующий заданной ситуации. Создается устойчивая система доминант и динамических стереотипов, затормаживается невротический стереотип. Больной усваивает личностные предпосылки, способствующие образованию новых, здоровых отношений.

**Вомитофобия** (*лат. vomitus* – рвота, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь рвоты. Часто наблюдается у людей, действительно испытавших позыв к рвоте или совершивших рвотный акт в публичном месте.

**Вомитус.** Рвота. Симптом заболеваний, главным образом, пищеварительного тракта, однако наблюдается и при психических заболеваниях – утренняя рвота пьяниц (при хроническом алкоголизме), истерическая рвота в психогенно-травматизирующей ситуации.

**Воробьёва смесь** [Воробьёв С.П., 1955]. Предназначена для лечения эпилепсии и включает в себя гексамидин, дифенин, никотиновую и глютаминовую кислоты, дифацил, кофеин, глюкозу. Готовится в капсулах. Курс лечения длительный. В настоящее время почти не употребляется.

**Ворстер-Дроута–Гринфилда–Макменемли болезнь** [Worster-Drought C., Greenfield J.G., McMenemly W.H., 1940]. Наследственное заболевание, впервые

наблюдалось в трех поколениях семьи. Начало в возрасте 40-60 лет, длительность – не более 13 лет. Характерны мышечная ригидность экстрапирамидного типа, спастические параличи, прогрессирующая деменция.

Син.: пресенильная деменции со спастическими параличами.

**Восковая гибкость** – *(лат. flexibilitas cerea* от *flexibilitas* – гибкость, *cera* – воск). См. *Каталепсия.*

Син.: восковидная гибкость.

**Восковидная гибкость.** См. *Каталепсия.*

**Воспоминания.** Воспроизведение в сознании сохранившихся в памяти представлений, мыслей, чувств.

Син.: реминисценции *(лат. reminiscentia* – воспоминание).

**В. ассоциированные** – вид криптомнезии, при котором прочитанное, увиденное во сне или кинофильме, услышанное от собеседника воспринимается больным как реальное событие, участником и свидетелем которого он был.

**В. иллюзорные** – В. о действительно существующих или существовавших объектах, искаженные под влиянием аффективных расстройств, бредовых переживаний, изменения личностной позиции вспоминающего, ослабления у него функции памяти.

**В. ложные.** См. *Псевдореминисценции.*

**В. навязчивые** – возникающие часто вопреки воле человека и неприятные для него В., иногда материалом их являются поступки субъекта, которым он сам дает отрицательную оценку. Попытки их вытеснения, нивелирования крайне затруднены и требуют психотерапевтичекого вмешательства. Характерны для психастеников, особенно при возникновении невроза навязчивых состояний.

**В. насильственные** – возникающие как бы аутохтонно В., иногда в виде образных представлений, которые воспринимаются как чуждые больному психические акты, являющиеся следствием воздействия извне, «сделанности», насильственности. Симптом психического (идеаторного) автоматизма.

**В. отчужденные** – В., в которых реальные события воспринимаются как услышанное, увиденное во сне или кинофильме, прочитанное.

**В. псевдогаллюцинаторные** *(греч. pseudos* – ложь, *hallutinatio* – бред) – яркие зрительные псевдогаллюцинации, при которых в качестве псевдогаллюцинаторного образа предстают ложные В. Проявление психического автоматизма.

Син.: псевдовоспоминания псевдогаллюцинаторные.

**Восприятие.** Психический процесс, одна из стадий

познавательной деятельности, приводящая к созданию образа объекта на основе анализа и синтеза отдельных его качеств, выделения при этом существенных признаков предмета или явления и отвлечений от несущественных и неактуальных. К расстройствам восприятия относятся иллюзии и галлюцинации.

**Воспроизведение.** Возникновение в сознании зафиксировавшихся в памяти в процессе жизненного опыта объектов, мыслей, чувств. В. является одним из компонентов структуры памяти и может быть активным, то есть целенаправленно вызываемым, и пассивным, возникающим нецеленаправленно. При ослаблении памяти вследствие постепенно развивающихся органических заболеваний (церебральный атеросклероз, эпилепсия) затруднения активного В. предшествуют недостаточности удержания в памяти и запоминания.

**Вспоминание.** Психический процесс воспроизведения в памяти объектов (событий, явлений, предметов, мыслей, чувств), воспринимавшихся раньше, но в настоящее время отсутствующих. Это же относится к узнаванию увиденного объекта как уже знакомого по прежнему опыту.

Син.: припоминание.

**Вспомогательная школа.** Школа, предназначенная для обучения умственно отсталых детей. Отбор

учащихся производится специальными медико-педагогическими комиссиями с участием детского психиатра и медицинского психолога. Противопоказания для обучения во В.ш. – необучаемость в связи с выраженной умственной недостаточностью или тяжелыми характерологическими отклонениями, а также имитирующие умственную недостаточность явления социальной и педагогической запущенности.

**Вроно концепция возрастного патоморфоза** [Вроно М.С., 1971]. Основана на анализе клиники шизофрении у детей и подростков. Возрастное видоизменение клинической картины шизофрении и других психических заболеваний связывается с взаимодействием двух основных факторов – качественных особенностей патологического процесса и фазы возрастного развития ребенка. Особенно явственно возрастной патоморфоз прослеживается при сравнении клинических особенностей шизофрении в детском, препубертатном и пубертатном возрасте. Характерно также видоизменение клиники шизофрении в позднем возрасте [Штернберг Э.Я., Наджаров Р.А., 1969].

**Вуайеризм** *(фр. voyer* – смотритель, надзиратель). Вид перверсий, заместительный способ удовлетворения сексуального влечения, стремление к разглядыванию обнаженных половых органов или созерцанию полового акта.

Син.: скопофилия, миксоскопия, визионизм.

**Вуда–Нормана синдром** [Wood N., Norman R.N., 1941]. Врожденная форма амавротической идиотии. Проявляется в первые дни и недели после рождения ребенка. Характерны гидроцефалия или микроцефалия, судороги, параличи конечностей, расстройства глотания и дыхания. Происходит остановка нервно-психического развития. Летальный исход в первые месяцы жизни. Аутосомно-рецессивный тип наследования.

**Вчувствование.** Метод психопатологического исследования, основанный на глубоком понимании сути, содержания болезненных, особенно бредовых, переживаний больного. Особое значение приобретает при психотерапии бредовых состояний. Способствует улучшению контакта между психиатром и больным, проникающимся доверием к врачу.

**Выготского–Лурия методика пиктограмм** [Выготский Л.С., Лурия А.Р.]. Экспериментально-психологическая методика для изучения опосредованного запоминания. Используется для характеристики особенностей мышления и аффективно-личностной сферы. Пиктограмма – рисуночный образ, создаваемый для опосредованного запоминания. Представляет большую ценность для диагностики шизофрении.

**Выготского–Сахарова методика формирования**

**искусственных понятий** [Выготский Л.С., Сахаров Л.С., 1928, 1930]. Экспериментально-психологическая методика для исследования мышления, вариант методики Аха. Обследуемому предлагают для классификации набор стереометрических фигур, отличающихся формой, цветом и величиной и обозначенных искусственными звукосочетаниями, например «биг», «цев». Обследуемый должен подобрать все фигуры, относящиеся к одному классу. Результаты оцениваются в зависимости от того, сколько ходов понадобилось обследуемому для выполнения задания, насколько логичны были его рассуждения, как воспринималась помощь исследующего.

**Выздоровление** *(лат. reconvalescentia).* Восстановление нормальной жизнедеятельности организма после болезни. Может быть полным и неполным. В психиатрии при полном В. отсутствуют признаки психического дефекта и возможна активная трудовая деятельность с профессиональным ростом и благополучием в межличностных отношениях, при неполном В. отмечаются неполное восстановление психических функций, пострадавших вследствие болезни, и соответственно недостаточность приспособительных возможностей больного, ограничение его трудоспособности.

**Вымещение.** Одна из форм проекции, при которой

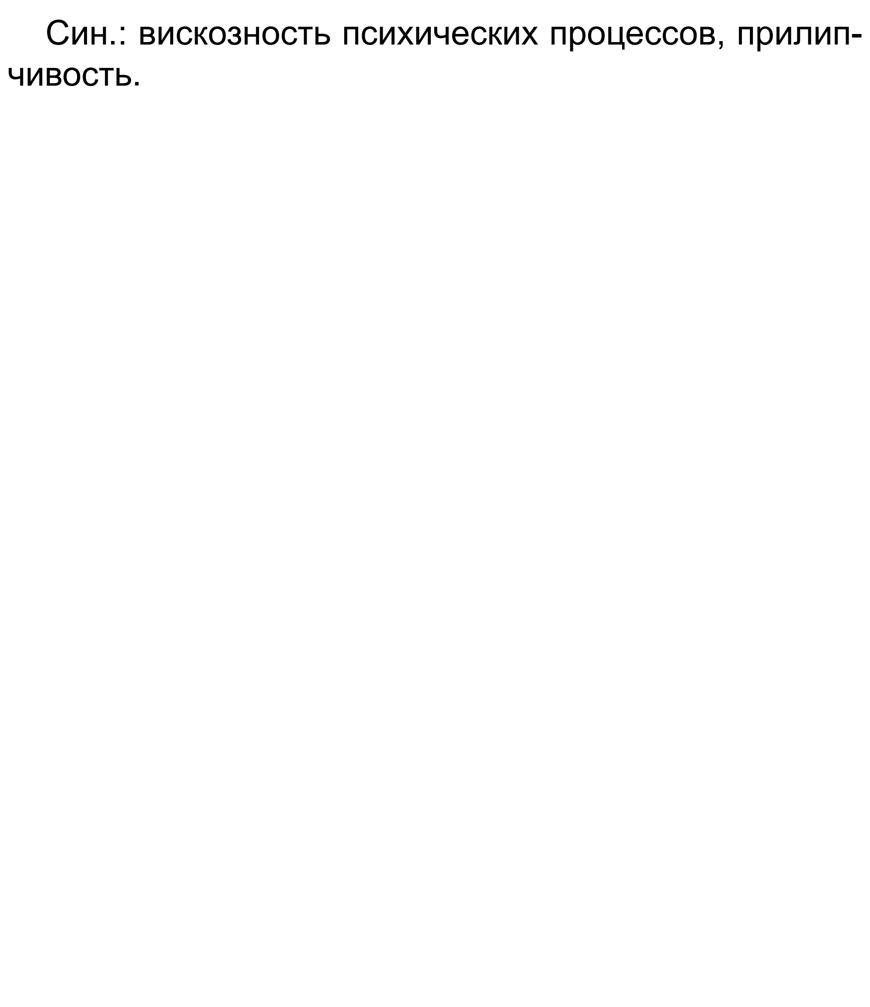
происходит переориентации импульса или чувства с одного объекта на другой, менее защищенный. Так, при служебных неприятностях, не имея возможности вступить в конфликт с вышестоящим начальником, объект вымещает свои чувства на домашних.

**Вытеснение.** Один из механизмов психологической защиты, характеризующийся недопущением, исключением из сознания неосознанного импульса, возбуждающего напряжение и тревогу. Вытесняемые импульсы, как правило, неприемлемы для сознания по своим морально-этическими особенностями. Вытеснение, по З. Фрейду, осуществляется такой субструктурой человеческой личности, как цензура. К В. можно отнести и аффективную амнезию.

Син.: репрессия *(позднелат. repressio* – подавление).

**Вязкость.** Патологическая инертность протекания психических процессов, их замедленность, тугоподвижность, недостаточность переключаемости. Может проявляться в мышлении (вязкое мышление больных эпилепсией) и аффективности (ригидность аффекта при эпилепсии, после перенесенного энцефалита). У больных эпилепсией аффективная В. нередко сочетается с взрывчатостью, эксплозивностью (дефензивно-эксплозивная пропорция темперамента, по E. Kretschmer [1922]).

Син.: вискозность психических процессов, прилипчивость.



# Г

**Габитус** *(лат. habitus* – внешность, наружность). Совокупность наружных признаков, характеризующая строение тела и внешний облик человека: телосложение, осанка, выражение лица, цвет кожи и т.п. Оценка Г. является важным критерием в диагностике заболеваний, свидетельствует о состоянии человека – помогает судить о возможном предрасположении к той или иной болезни. Среди возможных видов Г. можно говорить об апоплектическом – низкорослые пикники с багрово-красным цветом кожи лица (предрасположенность к сосудистой патологии, нарушениям мозгового кровообращения), астеническом – сочетание астенического телосложения, физической слабости, бледной кожи (предрасположенность к инфекционным и нервно-психическим заболеваниям) и т.п.

**Гайе–Вернике алкогольная энцефалопатия** [Gayet Ch.j.a., 1875; Wernicke C., 1881]. Вариант алкогольной энцефалопатии. Начало острое, после делириозного синдрома (профессионального или мусситирующего). Вначале характерны периоды сонливости или возбуждения. Отрывочные бредовые и галлюцинаторные переживания. Явления амнестической дезориентировки. Быстро нарастают физическая сла-

бость, анорексия, адинамия. Уже вначале – гиперкинезы, эпилептиформные припадки. На фоне сонливости – эпизоды возбуждения с делириозного типа галлюцинациями. Неврологически – нейровегетативные нарушения, расстройства зрительно-моторной координации, гиперкинезы, непостоянная мышечная гипертония, непроизвольные движения конечностей, патологические рефлексы, мозжечковые расстройства. Характерна триада симптомов: нарушение сознания (оглушение), атаксия и офтальмоплегия. Нередко смертельный исход. Часто наблюдается формирование органического психосиндрома, в том числе и болезни Корсакова. Морфологически – точечные кровоизлияния и разрастания клеток сосудистых стенок в области мезэнцефалона, III и IV желудочков, в глубоких слоях мозга.

Син.: геморрагический полиоэнцефалит, энцефалопатия Вернике, болезнь Вернике, синдром Вернике.

**Гаккебуша–Гейера–Геймановича болезнь** [Гаккебуш В.М., Гейер Т.А., Гейманович А.И., 1912, 1916]. Один из клинических вариантов сочетания атеросклеротической и сенильно-атрофической патологии. Вначале отмечаются старческие изменения личности, на фоне которых выявляются очаговые афатико-агностико-апрактические расстройства сосуди-

стого генеза, чаще всего локализующиеся в темен-но-височной области доминантного полушария. Течение прогредиентное, с ухудшениями, обусловленными инсультами. Картина заболевания нередко характеризуется как псевдоальцгеймеровский синдром.

**Галеантропия** *(греч. gale* – кошка, *anthropos* – человек). Разновидность бреда метаморфозы, при котором больной убежден, что он превратился в кошку. В отличие от видов бреда метаморфозы, для которых характерны высказывания больных о превращении их в неодушевленные предметы, Г. является вариантом зооантропии – бреда превращения в животное.

Ср.: кинантропия, ликантропия.

**Галеропия** *(греч. galeros* – светлый, освещенный, о *psis* – зрение) Искажение зрительного восприятия, усиление интенсивности освещенности воспринимаемых предметов. Один из симптомов отравления угарным газом.

**Галлервордена–Шпаца болезнь** [Hallerworden J., Spatz H., 1922]. Заболевание начинается в детском или юношеском возрасте (1-2-е десятилетие жизни). Характерны прогрессирующие нарушения походки, нарастание мышечной ригидности экстрапирамидного типа, пирамидной симптоматики. Постепенное развитие деменции, расстройств речи. Дисфагии. Нару-

шения дыхания. Непроизвольные движения типа атетоза или хореоформные. Эпилептиформные припадки. Длительность – 8-15 лет. Смерть в состоянии полного маразма, обычно в возрасте до 30 лет.

Заболевание носит семейно-наследственный характер аутосомно-рецессивный тип). Морфологически – перерождение бледного шара и сетчатого образования черного вещества. В патогенезе важную роль играют нарушения обмена железа и липидов.

**Галлюцинации** *(лат. hallutinatio* – бред, видения). Расстройства восприятия, при которых кажущиеся образы возникают без реальных объектов, что, однако, не исключает возможности непроизвольного, опосредованного отражения в Г. прежнего жизненного опыта больного. **Г. абстрактные** – см. *Г. психические.*

**Г. аделоморфные** *(греч. adelos* – неясный, неизвестный, *morphe* – форма, образ) – зрительные Г., характеризующиеся нечеткостью, расплывчатостью образов, лишенных четких форм. Галлюцинаторные образы туманны, размыты, «призрачны».

**Г. акустические.** – см. *Г. слуховые.*

**Г. «ангельские»** – вербальные Г. с проекцией вовне, дающие больному добрые советы, проявляющие хорошее к нему отношение, оправдывающие его поступки. Иногда наблюдается в структуре контрастных Г.

**Г. антагонистические** – вербальные Г., в которых больной слышит то угрозы, обвинения, то реплики в его защиту. Одни «голоса» обвиняют, упрекают его, другие защищают, оправдывают, приводят смягчающие доводы.

**Г. апперцептивные** [Kahlbaum K., 1866] – характеризуются субъективным переживанием чувства отнятия мыслей и «вколачиванием» в голову чужих мыслей или чувством пустоты. Различаются два вида апперцептивных галлюцинаций: абстрактная фонторемия (навязывание больному чуждых ему мыслей или отнятие его мыслей) и конкретная фонторемия (типа воспоминаний о якобы имевших место в прошлом галлюцинациях). Понятие, близкое к Г. абстрактным.

См. *Г. психические.*

**Г. ассоциированные** [Seglas J.] – характеризуются логически последовательным появлением образов: например, «голос» объявляет о тотчас же следующих за ним обонятельных обманах восприятия. Наблюдаются при реактивных психозах после тяжелой психогении. В галлюцинаторных переживаниях отмечается отражение в их фабуле психогенно-травматических моментов.

**Г. аутовисцероскопические.** – см. *Аутовисцероскопия.*

**Г. аутоскопические** – см. *Аутоскопия.*

**Г. билатеральные** [Magnan V.] – слуховые галлюцинации, при которых слышимое с одной стороны противоречит слышимому с другой.

**Г. Бонне** – описаны Ш. Бонне [Bonnet Ch.], известным французским натуралистом, в конце XVII в. У 89-летнего деда Бонне, страдавшего катарактой, наблюдались зрительные галлюцинации. Такие же галлюцинации бывают и при глаукоме. Аналогичные по генезу слуховые галлюцинации наблюдаются при заболеваниях, приводящих к снижению слуха (хронические отиты, отосклероз). Слуховой вариант галлюцинаций Шарля Бонне описан Е.А. Поповым [1956]. Характерно отражение в галлюцинациях актуальных для больного переживаний, отсутствие бредовых интерпретаций, признаков нарушенного сознания. Возможна рассудительная оценка больными появляющихся у них галлюцинназий.

**Г. бредовые** – обманы чувств, воспринимаемые больными в виде отдельных реплик. Даже не входя в фабулу бреда, непосредственно не вытекая из нарушений мыслительной деятельности, Г.б. косвенно убеждают больного в правильности его бредовых построений. Близки к ним бредовые иллюзии: так, при бреде дерматозойном (см.) нередко отмечается иллюзорная интерпретация действительных ощущений – боли, зуда, жжения [M. Heim, J. Morgner, 1980].

**Г. буквенные** – зрительные образы в виде букв, обладающих особым, символическим, значением.

**Г. вербальные** (*лат. verbalis* – словесный, устный) – слуховые Г. – слова, фразы, монологи, диалоги, речь нескольких «голосов».

**Г. вестибулярные** – Г. общего чувства в виде ощущения нарушений равновесия, падения тела, зависания в воздухе.

**Г. викарные** (*лат. vicarius* – заместитель) [Гиляровский В.А., 1936] – Г. разных органов чувств, как бы заменяющие Г. одного пораженного анализатора. Например, слепая больная испытывает зрительные Г., при этом мнимые образы ощущаются ею тактильно.

**Г. висцеральные** – см. *Г. энтероцептивные и Аутовисцероскопия.*

**Г. вкусовые** – ложные вкусовые ощущения, чаще неприятные. Возникают вне связи с приемом пищи или не соответствуют вкусовым качествам реальной пищи. Часто сочетаются с бредом отравления, нигилистическим (неприятный вкус связывается с гниением внутренних органов).

**Г. воображения** [Dupre E.] – разновидность психогенных Г. Фабула их непосредственно вытекает из наиболее аффективно значимых и длительно вынашиваемых в воображении идей. Особенно легко возникают у лиц с болезненно обостренным воображе-

нием и у детей.

**Г. воображения параноические** [Ушаков Г.К., 1971] – психогенные рефлекторные Г., наблюдающиеся у параноических психопатов и при паранойяльных состояниях различного происхождения. Характерны яркая визуализация представляемых образов, их значительная чувственная живость, внешняя проекция, причудливое сочетание с образными впечатлениями от действительных объектов, объективизация образа по отношению к личности субъекта. В то же время, в отличие от истинных Г., Г.в.п. характеризуются фрагментарностью, нестойкостью, близостью их содержания фабуле паранойяльных интерпретаций, соответствием переживаемой ситуации. Патогенез Г.в.п. объясняется с точки зрения описанного K. Kahlbaum [1866] механизма реперкуссии: обостренное болезненное воображение является причиной функционального возбуждения соответствующих систем коры большого мозга, повышенная возбудимость которых и приводит к визуализации образов.

**Г. гаптические** *(греч. hapto* – схватывать, прикасаться) – мнимые ощущения давления на поверхность тела, резкого схватывания ударов, толчков, как бы исходящих извне. Разновидность тактильных Г.

**Г. гемианоптические зрительные** – возникают при гемианопсии и локализуются в выпавшей у боль-

ного части поля зрения [Hauptmann A., 1936].

**Г. генитальные** [Magnan V., 1895] – галлюцинаторные переживания непристойных, бесстыдных манипуляций, производимых с половыми органами больного.

**Г. гигрические** *(греч. hygros* – влажный) – характеризуются ощущением влажности, льющихся на больного жидкостей. Могут носить характер зрительных (видение фонтанов, морского прибоя, бассейнов). Часто наблюдаются при лихорадочных состояниях нейроинфекционного генеза, например, при гриппе [Ребенок А.Д., 1974]. При этих же состояниях часто наблюдаются гигрические сновидения [Касаткин В.Н., 1967] Г.г. наблюдаются и при декомпенсации сахарного диабета; были описаны при кормлении заключенных в тюрьмах и концлагерях соленой пищей и лишении воды. Можно думать, что в их генезе важную роль играет нарушение водно-солевого обмена.

**Г. гипнагогические** *(греч. hypnos* – сон, *agogos* – вызывающий) [Maury A., 1878] – зрительные и слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании в переходном от бодрствования ко сну периоде.

**Г. гипнопомпические** (*греч. hypnos* – сон, *pompos* – сопутствующий) – возникают при пробуждении, также в промежуточном состоянии между сном и бодрствованием.

**Г. гипнотические** – разновидность психогенных Г. Могут быть внушенными и спонтанными. Характерна яркая эмоциональная окрашенность. Могут использоваться в психотерапевтических целях, в этих случаях говорят о терапевтических Г. [Alexander G., 1971].

**Гулливер–Г.** – макроскопические Г. Галлюцинаторные образы значительно больше своих реальных прототипов. Противоположны лилипут-Г. Наблюдаются при экзогенно-органических психозах.

Син.: макропсихические Г.

**Г. двигательные** – см. *Г. моторные.*

**Г. дейтероскопические** *(греч. deuteros* – второй, *skopeo* – смотреть, рассматривать) – см. *Аустоскопия* и *Аутовисцероскопия.*

**Г. демономанические** – фигурируют зрительные образы мистических и мифологических существ (черти, русалки, ангелы, гурии и т.п.).

**Г. дразнящие** [Bonhoeffer K., 1896] – разновидность зрительных галлюцинаций при алкогольном делирии. Больной видит на расстоянии фигуры или неодушевленные предметы. При попытке больного приблизиться к ним галлюцинаторные образы исчезают или вновь отдаляются, как бы дразнят его. Перемещаясь в пространстве, зрительные образы сохраняют некую постоянную дистанцию между ними и больным, стоит последнему прилечь – они приближаются, но если он

встает – вновь отодвигаются.

Дразнящие галлюцинаторные образы вызывают у больного обычно отрицательно-аффективно окрашенные переживания, бурные эмоциональные вспышки.

**Г. дублирующие** [Милев В., 1979] – больные утверждают, что их речь обусловлена внешним воздействием и воспринимается окружающими. В то же время больные слышат галлюцинаторный голос, недоступный восприятию других людей, который повторяет, дублирует произносимые больными слова. Рассматриваются как вариант речедвигательных галлюцинаций, протекающих с интенсивной импульсацией из речедвигательного анализатора в фонационно-артикуляционный аппарат.

**Г. запаха собственного тела** [W. Gattaz, S. Hass, 1982] – редко встречающаяся форма обманов чувств, при которой больные жалуются на испытываемый ими неприятный запах собственного тела и выражают беспокойство, что его могут заметить окружающие. В дальнейшем к Г.з.с.т. присоединяется бред. См. *Бред физического недостатка, заметного окружающим.*

**Г. зеркальные эпилептические** – вид эпилептического галлюцинаторного припадка, во время которого больной видит свое собственное изображение.

Син.: аутоскопия эпилептическая.

**Г. зоологические** – характеризуются тем, что зрительные образы представлены живыми существами – крысами, кроликами, тараканами, птицами и т.д.

**Г. зрительные** – галлюцинации в виде зрительных образов, ощущений.

Син.: Г. оптические.

**Г. зрительные вербальные** [Seglas J., 1914] – больные заявляют, что они «видят» слова, написанные на стене, в пространстве, на облаках, и могут их прочитать. У таких больных отмечается чувство исключительного назначения этих «слов». Ср.: оптико-кинестетические Г.

**Г. императивные** (*лат. imperatum* – приказывать) – вербальные Г., отличающиеся приказным, повелевающим тоном. Нередко «голоса» приказывают совершать поступки, опасные для больного или окружающих, часто наблюдаются при суицидальном или гомицидном поведении. Иногда Г.и. запрещают больному разговаривать, действовать, что внешне проявляется как негативистическое поведение.

**Г. интероцептивные** [Нарбутович И.О., 1959] – см. *Г. энтероцептивные.*

**Г. интероцептивные термические** [Нарбутович И.О., 1959] – патологические термические восприятия, локализующиеся в различных частях тела (в мозге, желудке, костях и т.д.), ощущаемые с такой чув-

ственной ясностью, что больными воспринимаются как реальные ощущения.

**Г. истинные** – обманы восприятия, обладающие внешней пространственной проекцией: галлюцинаторные образы воспринимаются больным как действительно существующие, им присуща интенсивная чувственная окраска; больные убеждены, что восприятие галлюцинаторных образов доступно и окружающим.

**Г. кинематографические** [Claude H., 1924] – зрительные сценоподобные галлюцинации, при которых болезненные переживания напоминают сюжет движущейся киноленты и характеризуются наличием множества персонажей, последовательно сменяющимися картинами, бурным развитием событий.

Син.: Г. Клода.

**Г. кинестетические** *(греч. kinesis* – движение, *aisthesis* – чувство, ощущение) – см. *Г. моторные.*

**Г. комментирующие** – галлюцинаторные образы носят характер комментариев по поводу совершаемых им поступков. «Голоса» могут носить характер осуждающих и защищающих больного, то есть антагонистического диалога.

**Г. комплексные** – см. *Г. сложные.*

**Г. контрастирующие** – см. *Г. антагонистические.*

**Лилипут-Г.** – названы по имени персонажей Д.

Свифта, населяющих вымышленную страну Лилипутию. Наблюдаются при лихорадочных состояниях инфекционного генеза и интоксикациях. Галлюцинаторные образы представлены уменьшенными в размерах людьми, маленькими существами. Лилипут-галлюцинации являются микроскопическими галлюцинациями, их следует отличать от иллюзорных микропсий. Описаны M. Leroy [1925].

Син.: Г. микроптические.

**Г. ложные** – см. *Псевдогаллюиинации.*

**Г. макроптические** *(греч. makros* – большой, *optikos* – относящийся к зрению) – см. *Гулливер-Г.*

Син.: макрогаллюцинации

**Г. микроптические** *(греч. mikros* – маленький, *optikos* – относящийся к зрению) – см. *Лилипут-Г.*

**Г. моторные** – Г. общего чувства в виде движений на самом деле неподвижных органов и частей тела.

Син.: Г. двигательные, кинестетические, мышечные, проприоцептивные.

**Г. музыкальные** – зрительные Г. в виде звуков пения или игры на музыкальных инструментах.

**Г. мышечные** – см. *Г. моторные.*

**Г. негативные** – см. *Г. отрицательные.*

**Г. нормоптические** – зрительные Г., при которых размеры галлюцинаторных образов соответствуют натуральным размерам объектов.

**Г. обонятельные** – больные испытывают неприятные запахи. Часто сопутствуют бреду отравления, ущерба.

**Г. общего чувства** – сборная группа, включающая: 1) *Г. энтероцептивные,* вестибулярные и моторные; 2) являющиеся *обманом общего чувства,* воспринимаемые как ощущения, поступающие из внутренних органов [С.С. Корсаков, 1913]; 3) *ощущение чьего-то чужого присутствия,* не подтверждаемое поступающей из анализаторов информацией, больные говорят, что они это чувствуют, знают.

**Г. односторонние** – слуховые Г., воспринимаемые одним ухом, или зрительные Г., воспринимаемые в одной половине поля зрения. С.П. Семенов [1965] считал их идентичным гемианоптическим и рассматривал как следствие очаговой корковой патологии. См. *Галлюциноз односторонний.*

**Г. онейроидные** *(греч. oneiros* – сновидение, *eides* – подобный) – галлюцинации и псевдогаллюцинации, наблюдающиеся при онейроидных состояниях. Отличаются необычностью, фантастичностью, носят характер сценических.

**Г. оптикокинестетические** *(греч. optikos* – относящийся к зрению, *kinesis* – движение, *aisthesis* – чувство, ощущение) [Berze J., 1923] – описаны при алкогольном делирии: невидимая рука невидимым пером

в течение 5-6 мин пишет светящимися, фосфоресцирующими буквами в отдалении важные для больного сообщения. Больной, у которого эти галлюцинации впервые наблюдались, называл их «светящимися телеграммами».

**Г. оптические** – см. *Г. зрительные.*

**Г. осязательные** – см. *Г. тактильные.*

**Г. отраженные** – см. *Г. рефлекторные.*

**Г. отрицательные** – из поля зрения больного как бы выпадают отдельные реальные объекты при сохранности остальных. Нередко бывает при истерии, в картине аффективных Г.

**Г. памяти** – появление в памяти зрительных образов, в действительности не имевших места, но приобретших для больного характер реальности.

**Г. панорамные** – зрительные образы приобретают глубину расположения и воспринимаются как панорама. Чаще всего это неподвижные пейзажи. Наблюдаются при делириях и галлюцинозах у слепых (при приобретенной слепоте).

**Г. пантофобические** *(греч. pantos* – всё, *phobos* – страх) – разновидность Г. онейроидных. Описаны Levi-Valensy J. [1925]. Характеризуются развертыванием перед больным устрашающих сцен.

**Г. Пика** [Pick A., 1909] – зрительные Г. в сочетании с метаморфопсиями при поражении дна IV желу-

дочка. Больные утверждают, что они «смотрят сквозь стены», а сами стены комнаты изгибаются и передвигаются. Больной «видит», как окружающие проходят сквозь стену и перемещаются позади нее. При этом нередко отмечаются диплопия и нистагм. Критическое отношение больных к галлюцинаторным переживаниям отсутствует. Рассматриваются как проявление галлюцинаций равновесия (вестибулярных), возникающих в связи с несоответствием между зрительными и вестибулярными раздражениями [Ушаков Г.К., 1976].

Син.: иллюзия Пика.

**Г. повелевающие** – см. *Г. императивные.*

**Г. полиакузические** *(греч. poly* – много, *akusis* – слух) – слуховые галлюцинаторные образы воспринимаются больным последовательно, многократно повторяясь.

**Г. полиопические** *(поли + греч. ops, opis* – глаз, зрение) – зрительные галлюцинаторные образы, характеризующиеся многократным повторением, стереотипностью, могут быть разновеликими, по-разному расположенными.

**Г. полифонические** *(поли + греч. phone* – голос, звук) – характерно увеличение громкости воспринимаемых звуков и их многократное повторение.

**Г. приказывающие** – *см. Г. императивные.*

**Г. примитивные** [Бахур В.Т., 1972] – наблюдаются при атрофии зрительных нервов и характеризуются отсутствием яркости, живости и внешней проекции.

**Г. проприоцептивные** – см. *Г. моторные.*

**Г. психические** [Baillarger J., 1844] – галлюцинации, лишенные чувственного компонента, например, беззвучные голоса. Автором они рассматривались как «интеллектуальные восприятия», независимые от органов чувств. Больные слышат беззвучные мысли, тайный внутренний голос. Часть описанных J. Baillarger случаев является разновидностью описанных позже В.Х. Кандинским псевдогаллюцинаций (см. *Псевдогаллюцинации).* Г.п. присуще ощущение, что это внушение извне, «сделанные» мысли.

Син.: абстрактные Г. Кальбаума, апперцептивные Г. Кальбаума, мысли сделанные, мысли внушенные.

**Г. психогенные** – возникают в связи с психогенным воздействием (психическая травма, гипнотическое внушение). Главная причина – внезапно возникающий особенно интенсивный или длительно не разрешающийся аффект. Содержание галлюцинаторных образов отражает психогению. Могут быть зрительными и слуховыми. Особенно распространены при психических эпидемиях (см. *Г. психогенные индуцированные).* Легко возникают у детей. В.А. Гиляровский [1949] выделял такую разновидность Г.п., как аффек-

тогенные Г., в генезе которых решающую роль играет фактор эмоциональный, тогда как в противопоставляемых им идеогенных Г. решающее значение имеют опасения, неотвязные мысли, связанные с близким человеком. Это разделение условно: так, выделяют идеоаффективные Г. [Callieri B., Felici F., 1966], обусловленные кататимными механизмами. Роль психогенного фактора в механизме образования Г., по В. Милеву [1979], переоценивается: катамнестически многие больные с галлюцинаторными переживаниями, оцениваемыми первоначально как психогенные, впоследствии оказались больными шизофренией.

**Г. психогенные индуцированные** – возникают одновременно у нескольких человек, иногда у очень большого количества людей (например, во время психических эпидемий) в связи с взаимным внушением.

**Г. психомоторные** – характерны переживания выполнения двигательных актов, которые в действительности больным не осуществляются.

**Г. психомоторные буквенные** [Щербак А.Е., 1908] – описаны при фокальных судорожных припадках, протекающих без расстройств сознания и ограничивающихся мышцами правой половины лица и правой руки. Характер обманов восприятия зависел от степени глубины припадка – наблюдался переход от навязчивых представлений определенных букв к галлю-

цинациям и псевдогаллюцинациям (больная чувствовала эти буквы в своем мозгу; ей казалось, что она произносит соответствующие звуки; иногда она ощущала отдельные буквы в своем горле, чувствовала их форму как постороннего тела, старалась откашляться и выплюнуть их). При наибольшей глубине приступа больная действительно произносила соответствующие звуки, как ей казалось, под влиянием какой-то непреодолимой силы.

**Г. психосенсорные** – характеризуются ощущениями изменения собственного тела и его отдельных частей. Могут наблюдаться в структуре синдромов деперсонализации, дисморфомании, при нарушениях схемы тела.

**Г. резидуальные** (лат. residualis – остаточный, оставшийся) – фрагменты, отдельные галлюцинаторные переживания, сохранившиеся в клинической картине после перенесенного психотического синдрома (галлюцинаторно-параноидного, галлюциноза) при наступлении неполноценной ремиссии.

**Г. ретроактивные** (*лат. retro* – назад, обратно, *activus* – действенный, действующий) – см. *Г. памяти.*

**Г. рефлекторные** [Kahlbaum K., 1866] – особый вид расстройств восприятия, возникающих рефлекторно, в связи с воздействием на организм раздражителей внешней (слуховые, зрительные, обонятельные, так-

тильный сигналы) или внутренней (изменения проприоцепции) среды. Близки к функциональным галлюцинациям, однако при Г.р. раздражитель лишь провоцирует галлюцинации, но не поддерживает их.

Г.р. могут возникать в одном анализаторе, при воздействии внешнего раздражителя на другой.

Син.: Г. отраженные.

**Г. речевых движений языка** [Голант Р.Я., 1939] – описаны при эпидемическом энцефалите и характеризуются ощущением не производимых в действительности движений, шевеления языка. Язык «отвечает» на мысли, производимая им речь как бы воспринимается внутри головы. Являются одним из вариантов «внутреннего говорения» В.Х. Кандинского [Гулямов М.Г., 1965].

**Г. речедвигательные** [Seglas J., 1888] – служат одним из проявлений синдрома психического автоматизма. В зависимости от характера и степени выраженности моторного и сенсорного компонентов можно различать вербально-моторные Г., воспринимаемые больным как ощущение его артикуляторных актов; вербально-моторные слуховые Г., при которых отмечается и сенсорно-слуховое восприятие; вербально-моторные псевдогаллюцинации, являющиеся гиперпродукцией внутренней речи.

**Г. ротоглоточные** [Григорьянц Э.Т., Гулямов М.Г.,

1970] – тактильные галлюцинации, локализующиеся в полости рта и глотки и характеризуемые больными как ощущение инородного тела. Наблюдаются при алкогольном делирии на высоте психоза в связи с изменением сознания. При протекании белой горячки с онейроидным нарушением сознания хорошо сохраняются в памяти после выхода из психоза. Не являются признаком неблагоприятного течения заболевания.

**Г. рудиментарные** [Концевой В.А., Дружинина Т. А., 1973] – наблюдаются при приступообразном течении шизофрении с картиной вербального галлюциноза, главным образом при галлюцинаторно-бредовой структуре приступов. После одного из затяжных приступов могут остаться в ремиссии как резидуальное расстройство наряду с остаточными несистематизированными бредовыми идеями и признаками шизофренических изменений личности – аутизма, вялости, пассивности.

**Г. сенестетические** *(греч. koinos* – общий, *aisthesis* – чувство, ощущение) [Sivadon M.P.] – необычные ощущения в теле и внутренних органах (чувство ожога, пощипывания и т.п.). Близки к сенестопатиям, однако, в отличие от последних, воспринимаются как результат внешнего воздействия, тогда как сенестопатии не обязательно возникают в плане такого рода переживаний, например в рамках ипохондрического

синдрома.

**Г. сенестопатические** – см. *Сенестопатии, Г. энтероцептивные.*

**Г. синтетические** – см. *Г. сложные.*

**Г. сложные** – обманы восприятия, возникающие одновременно в нескольких анализаторах (слуховые и зрительные, зрительные и обонятельные и т.п.).

**Г. соматические** [Бехтерев В.М., 1904] – см. *Г. энтероцептивные.*

**Г. слуховые.** Характеризуются восприятием элементарных звуков (акоазмы) или слов, фраз, музыки.

Син.: Г. акустические.

**Г. слуховые Аленштиля** [Ahlenstiel H., 1960]. Психогенные галлюцинации в виде «стуков» и «звонков», наблюдающиеся у психически здоровых в ситуациях напряженного ожидания, тревоги. Рассматриваются как проявление «акустической памяти».

**Г. стабильные** – см. *Г. стереотипные.*

**Г. стереогностические** [Равкин И.Г., 1940] – наблюдающиеся при экзогенных психозах тактильно-кинестетические Г. При отсутствии каких-либо внешних раздражителей больные утверждают, что они очень отчетливо осязают наличие в руке, чаще правой, предмета (например, монеты, карандаша), которым они пытаются пользоваться. Выявляются на фоне расстроенного сознания (сновидно-оглушенного или

сновидно-делириозного), сочетаются с нарушениями схемы тела и элементарными тактильными галлюцинациями.

**Г. стереотипные** [Kahlbaum H., 1866]. Характеризуются мало изменяющимся содержанием болезненных переживаний: например, повторение в слуховых обманах восприятия все время одних и тех же слов.

Син.: стабильные Г.

**Г. сценические** – зрительные и слуховые, тематические, сюжетно взаимосвязанные, образующие сцены развивающихся событий.

**Г. сценоподобные** – см. *Г. сценические.*

**Г. тактильные** [Magnan V., 1883] – неприятные ощущения, близкие к сенестопатиям. Больные испытывают чувство ползания под кожей насекомых, мурашек, передвижения разного рода мелких предметов. Иногда это ощущение прикосновения к коже неодушевленных предметов. Часто сопровождаются жжением, зудом. Характерны для некоторых интоксикаций, например кокаинизма.

**Г. телеологические** – см. *Г. комментирующие.*

**Г. телесные** – см. *Г. энтероцептивные.*

**Г. термические** – больные испытывают ощущения холода или тепла на поверхности кожи, часто в изолированных участках (например, больной ипохондрической шизофренией жалуется на то, что у него «виски

горячие»). Нередко это моносимптом. Иногда Г.т. выражаются в жалобах на чувство прикосновения горячего или холодного предмета.

**Г. токсические** – возникают в связи с действием различных токсических веществ, наркотиков. Могут наблюдаться при непомраченном и помраченном сознании. В последнем случае они утрачивают ощущение чуждости и воспринимаются не критически, больной принимает участие в галлюцинаторных переживаниях, принимающих характер онирических, делириозных или аментивных [Рыбальский М.И., 1983]. К Г.т. относятся и Г. тактильные Маньяна.

**Г. унилатеральные** – см. *Г. односторонние.*

**Г. функциональные** [Kahlbaum H., 1866] – возникают при возбужденном состоянии соответствующего анализатора (главным образом слухового). Прислушиваясь, больной слышит в шуме текущей из крана воды или стуке колес поезда речь своих преследователей, их угрозы и т.п.

Г. частичные – зрительные галлюцинации, в которых фигурируют лишь отдельные части живых существ или неодушевленных предметов.

Син.: Г. парциальные.

**Г. экстатические** *(греч. extasis* – исступление, восхищение) – 1. Г. в состоянии экстаза. По М.И. Рыбальскому [1983], в таких случаях более правомерно гово-

рить о галлюцинациях истерического или эпилептического экстаза. 2. Г., вызывающие у больного чувство экстаза. Отличаются яркостью, образностью, воздействием на эмоциональную сферу больного. Держатся длительное время, часто имеют религиозное, мистическое содержание. Могут быть зрительными, слуховыми, комплексными.

**Г. экстракампинные** [Bleuler E., 1903] – галлюцинации, выходящие за пределы чувствительного поля» данного рецептора. Так, например, больной локализует зрительные галлюцинаторные образы вне своего поля зрения, чаще всего позади себя. По мнению Е. Bleuler, специфичны для шизофрении. Г.э. могут быть истинными и ложными.

**Г. элементарные** – зрительные и слуховые галлюцинации в форме восприятия отдельных звуков (акоазмы) или беспредметных образов (фотопсии).

**Г. эндоскопические** *(греч. endo* – внутри, *skopeo* – смотреть, рассматривать) – зрительные Г., объектом которых являются находящиеся внутри организма объекты или происходящие там процессы. См. *Аутоскопия, Аутовисцероскопия.*

**Г. энтероцептивные** – галлюцинаторные переживания происходящих во внутренних органах необычных изменений.

Син.: Г. висцеральные, сенестопатические, сомати-

ческие, телесные.

**Г. эпилептические** – возникают при височной эпилепсии, нередко являются единственным симптомом (иногда начальным) фокальных эпилептических припадков. Отличаются значительной детализацией и всегда отражают жизненный опыт больного. Могут носить характер зрительных, обонятельных, слуховых, висцеральных, комплексных.

**Галлюциногены** (*лат. hallutinatio* – бред, видения, *греч. genes* – рождающийся, рожденный). Группа психотропных средств, обладающих способностью вызывать психические расстройства – яркие зрительные галлюцинации, иллюзии, нарушения мышления, бред, состояние эйфории, явления деперсонализации. В качестве лекарственных средств практически не применяются, используются токсикоманами. К этой группе относятся производные лизергиновой кислоты, триптамина, фенилэтиламина (диэтиламид лизергиновой кислоты, диметилтриптамин, мескалин). Некоторые препараты группы Г. использовались в экспериментах для создания моделей психозов.

Син.: психодислептики, психотомиметики.

**Галлюциноз** (*лат. hallutinatio* – бред + *–оз.* Психопатологический синдром, характеризующийся выраженными, обильными галлюцинациями, преобладаю-

щими в клинической картине. Галлюцинации могут сопровождаться бредом. М.И. Рыбальский [1983] различает *Г. истинные* и *органические.* Для первых характерны проекция болезненных переживаний вовне и только *в* воспринимаемом пространстве, связь с окружающими предметами, реалистичность оформления при отсутствии уверенности в действительном существовании галлюцинаторных образов (благодаря относительной сохранности критики), аффективная реакция на их содержание; для вторых – проекция в представляемое или воспринимаемое пространство, но без ассимиляции окружающей обстановкой, отсутствие реалистичности, добродушное отношение больных к болезненным переживаниям. Выделяют также ложные Г. (см. *Псевдогаллюциноз).*

**Г. алкогольный** [Wernicke C., 1900] – вербальный галлюциноз у хронических алкоголиков, сочетающийся с бредовыми идеями преследования. Наступает обычно после алкогольных эксцессов. Течение длительное (недели и месяцы) с частыми рецидивами, может стать хроническим Иногда развивается после алкогольного делирия. Возможен исход в алкогольную деменцию.

Син.: галлюцинаторное помешательство пьяниц [E. Kraepelin].

**Г. алкогольный острый кратковременный** [Гуля-

мов М.Г., Симадов С.С., 1980] – вариант острого алкогольного галлюциноза, рассматриваемый как следствие патоморфоза заболевания. От классических описаний острого алкогольного галлюциноза отличается кратковременностью течения (не более двух суток). Различаются два подтипа: 1) гипнагогический алкогольный галлюциноз, характеризующийся вербальными гипнагогическими галлюцинациями, которые при повторном возникновении приобретают характер монолога оскорбляющего или угрожающего характера; 2) транзиторный алкогольный галлюциноз, характеризующийся быстрой сменой стадий – от инициальной до выраженной – за короткий промежуток времени и обрывом на высоте развития (к вербальному галлюцинозу присоединяется острый чувственный бред в форме идей преследования, особого значения). Для транзиторной формы характерны также острое нарастание аффективной напряженности, страха, тревоги. Выход через астению, с быстрым восстановлением критики, без амнезии болезненных переживаний.

**Г. атеросклеротический хронический** [Суханов С.А., 1904, 1906] – разновидность Г. хронического. Наблюдается редко, чаще у женщин. Длительное время больные сохраняют критическое отношение к болезненным переживаниям и отличают их от реальных

впечатлений. Лишь иногда галлюцинации воспринимаются как реальные явления. Галлюцинации вначале являются изолированным расстройством, по мере углубления атеросклероза отмечается усиление характерных признаков: ослабление памяти, интеллектуальное снижение, безразличие к окружающему. Утрачивается критическое отношение к галлюцинациям. Содержание галлюцинаций чаще нейтральное, касается простых житейских дел. С течением заболевания галлюцинации могут приобретать фантастический характер.

Хронический Г. вначале был отнесен С.А. Сухановым к клинике церебрального атеросклероза, но позже [1914] – к пресенильным психозам. Однако последние рассматривались С.А. Сухановым лишь как сборная группа психозов разной этиологии, возникающих преимущественно в позднем возрасте. Исследования последующих лет свидетельствуют о правомерности выделения хронического вербального галлюциноза в рамках церебрального атеросклероза [Фрумкин Я.П., 1957, Штернберг Э.Я., 1969].

Син.: Г. артериосклеротический хронический.

**Г. артериосклеротический хронический.** См. *Г. атеросклеротический хронический.*

**Г. бредовой** – галлюцинации сопровождаются вторичным бредом, тесно связаны между собой по со-

держанию. Характерна бредовая непоколебимая уверенность больных в реальности галлюцинаций.

**Г. вербальный** [Schroeder P., 1926] – характеризуется сохранностью ориентировки, наличием чувства страха, боязливым внутренним напряжением. Нарушена дифференциация собственных мыслей и обманов восприятия. Основной признак – звучание собственных мыслей. Близок к Вернике аутохтонным идеям.

**Г. делириозный** [Schroeder P., 1926] – характеризуется расстройствами восприятия, внимания, снижением направленности психической деятельности вовне, ослаблением ассоциативной деятельности, комбинаторики, недостаточной критичностью по отношению к болезненным переживаниям, склонностью к конфабуляциям, двигательному беспокойству. Расстройства сознания по сновидному типу.

**Г. зрительный.** Характерно преобладание зрительных галлюцинаций, возникающих при помраченном сознании.

**Г. зрительный Ван Богарта** [van Bogaert L., 1945] – наблюдается при Ван Богарта лейкоэнцефалите. Вначале отмечается повышенная сонливость, затем – явления нарколепсии. В промежутках между нарколептическими приступами обнаруживаются множественные красочные зрительные галлюцинации. Больные

«видят» окрашенных в различные цвета бабочек, рыбок, всевозможных животных. Затем нарастает беспокойство, усиливается аффективная окраска образов. Развивается делирий с последующей амнезией. При этом наблюдаются и сложные акустические расстройства.

**Г. иллюзорный** [Schroeder P., 1926] – возникает на фоне выраженной депрессии, сопровождающейся идеями отношения. В отличие от истинных вербальных галлюцинаций, слышимое передается больным только в общих чертах. Отсутствуют характеристики, свойственные истинным вербальным галлюцинациям, – громкость, тон, конкретная принадлежность, локализация. В основе Г.и. лежат аффективные расстройства.

**Г. обонятельный** – характеризуется обилием обонятельных, чаще неприятных, галлюцинаций. Нередко сочетается с бредом отравления, ущерба.

**Г. обонятельный Габека** [Habeck D., 1965] – изолированный Г.о., наблюдающийся в возрасте после 40 лет в связи с органической церебральной патологией. Больные утверждают, что они являются источником неприятного запаха, который замечают и окружающие. С Г.о.Г. тесно связаны и идеи отношения, достигающие иногда значительной выраженности (возможны суицидальные попытки, мотивируемые чувством

отверженности). Нередки ощущения типа сенестопатий, отдельные тактильные галлюцинации. Не характерны идеи сделанности или привнесенности извне переживаемого больными чувства.

Ср.: бред физического недостатка.

**Г. обонятельный Шахматова** [Шахматов Н.Ф., 1972] – синдром, наблюдаемый при функциональных, идущих без развития деменции, психозах позднего возраста. Галлюцинации носят характер истинных: больные воспринимают запахи как реально существующие и проецируют их вовне, ищут способы борьбы с ними. При этом наблюдается маломасштабный бред преследования обыденного характера, идеи ущерба. Патогенетически близок синдрому тактильного галлюциноза.

**Г. односторонний** – чаще вербальный, но бывает и зрительный. Речь идет об обманах чувств, якобы воспринимаемых соответствующим анализатором больного с одной стороны. Галлюцинации могут быть элементарными или полными, развитыми. Чаще всего наблюдается при односторонней локализации поражения коры головного мозга и одностороннем заболевании органов чувств.

**Г. острый** – характеризуется острым, внезапным возникновением, чаще всего наплывом вербальных галлюцинаций (реже тактильных или зрительных), со-

провождающихся страхом, тревогой, двигательным беспокойством, бредовыми переживаниями. Отличается кратковременностью, обратимостью.

**Г. педункулярный** [Lhermitte J., 1920] – наблюдается при локальном поражении мозгового ствола в области III желудочка и ножек мозга вследствие кровоизлияния, опухоли, может иметь также и воспалительно-интоксикационную этиологию. Чаще всего возникает у пожилых людей при наличии мнестической недостаточности и нарушений сна. Характеризуется приступообразно возникающими, чаще в вечернее время, зрительными подвижными микроскопическими, нередко цветными галлюцинациями. Зрительные образы отличаются подвижностью, калейдоскопичностью, меняют свою форму, величину и положение в пространстве. Отсутствует чувство страха, больные выступают в роли спокойных созерцателей. Сохраняется критическое отношение к галлюцинациям, расстройств сознания не наблюдается.

Описан и при функциональной патологии мезэнцефальной области головного мозга [Залкинд Э.М., 1937].

Син.: мезэнцефальный Г.

**Г. периодический** [Schroeder P., 1926] – наблюдается как вариант течения МДП. Наряду с типичными маниакальными и депрессивными фазами отмечают-

ся галлюцинаторные фазы. Галлюцинации возникают на фоне повышенного или пониженного настроения. По современным представлениям, приближается к циклоидным психозам [Peters U.H., 1977].

**Г. Плаута** [Plaut F., 1913] – синдром Г. при сифилисе головного мозга. Чаще всего вербальный Г., реже зрительные, обонятельные и телесные галлюцинации. Бредовые идеи преследования, воздействия, временами – величия. Сознание не нарушено. Сознание болезни, критическое отношение к болезненным переживаниям относительно сохранены, однако подвергаются колебаниям. Возможны эпизоды страха, усиливающегося при наплыве галлюцинаций (суицидальные попытки). Различаются острые и хронические формы.

**Г. прогрессирующий Клейста** [Kleist K.] – устаревшее название формы непрерывно-прогредиентно протекающей шизофрении с преобладанием в клинической картине по всему ее длиннику вербальных галлюцинаций.

**Г. резидуальный** [Alzheimer A., 1913] – остаточное явление после перенесенного острого психоза, протекавшего с бредом и галлюцинациями. Резидуальная симптоматика носит характер только слухового Г., не сопровождающегося бредовыми интерпретациями. Отсутствуют формальные расстройства мышле-

ния, поведение больных совершенно упорядочение.

См. *Галлюцинации резидуальные.*

**Г. рефлекторный кинестетический** [A. Kramer, 1889] – больной, слыша чужую речь, непроизвольно совершает движения языком и губами соответственно этой речи. Носит насильственный, мучительный характер. Возникает не только в ответ на слышимую речь, но и сопровождает собственные галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные переживания (М.И. Рыбальский, 1989).

**Г. сложный** – характеризуется сочетанием нескольких видов галлюцинаций – слуховые, зрительные, тактильные и т.д.

Син.: Г. смешанный.

**Г. тактильный** – в клинической картине преобладают тактильные галлюцинации. Чаще всего наблюдается в пожилом возрасте.

**Г. токсический** – наблюдается при хронических интоксикациях, чаще всего у наркоманов и токсикоманов. Типичный пример Г.т. приведен Розенталем [Rosenthal S.A., 1964]. Множественные зрительные галлюцинации с яркой окраской образов, сопровождающиеся чувством тревоги, страха, нередко приобретающие затяжное течение. Наблюдается при частом приеме диэтиламида лизергиновой кислоты.

**Г. сенестопатический рефлекторный** [Кузнецов

М.Т., 1968] – рефлекторно, в связи с воздействием зрительных и слуховых рездражителей, циклически возникающие сенестопатии. Характерны длительное течение, стереотипность проявления, отсутствие тенденции к развитию бреда. Рефлекторные сенестопатические галлюцинации носят и фунциональный характер, так как отмечается проекция патологических ощущений в подвергаемом раздражению анализаторе. Типичны отчужденность, крайняя тягостность для больного болезненных восприятий, сближающие Г.с.р. с Кандинского псевдогаллюцинациями. Нозологической специфичностью не обладает, однако более типичен для токсикоинфекционных и соматогенных психозов.

**Г. фантастический** [Schroeder P., 1926] – проявляется патологическими ощущениями, которые носят характер неправдоподобных сенсаций. В основе Г.ф. – искаженное восприятие действительных ощущений, бредовое их толкование, конфабуляции. Наблюдается при эндогенных и экзогенных психозах.

**Г. хронический** – характерно длительное, на протяжении ряда лет, непрерывное или волнообразное течение. Чаще всего – слуховые (возможны и другие) галлюцинации в сочетании с бредом и симптомами психического автоматизма.

**Галлюциноиды** [Попов Е.А., 1941]. Промежуточ-

ные между нормальными представлениями и галлюцинациями психопатологические феномены, являющиеся неполными, несовершенными галлюцинациями. Галлюциноиды – переходный этап на пути развития галлюцинаций. К ним относятся псевдогаллюцинации, звучание мыслей, эйдетизм.

Существуют и другие критерии понимания галлюциноидов. Г.К. Ушаков [1969] обозначает так зрительные галлюцинации, возникающие днем вне связи со сном, но при закрытых глазах, наблюдающиеся при соматогенной астении. М.И. Рыбальский [1982] Г. называет неполные псевдогаллюцинации, возникающие при непомраченном сознании и в связи с расстройствами мышления, лишенные естественного внешнего оформления, не имеющие четкой локализации в пространстве, воспринимаемые больными как нечто нереальное (мимолетные, нечеткие, неясные образы; неясный, нечеткий монолог, слышимый извне, но без определенного содержания и локализации в пространстве).

**Галля–Орда болезнь** [Gull W., 1873; Ord N., 1878]. Микседема, возникающая во взрослом возрасте. Психические нарушения – апатия, малоподвижность, сонливость, снижение работоспособности, нарастание слабоумия по типу эндокринного психосиндрома. На этом фоне возможно возникновение острых психоти-

ческих состояний, главным образом маниакальных и депрессивных.

**Галопирующая форма прогрессивного паралича.** Форма прогрессивного паралича, отличающаяся особенно неблагоприятным течением. Иногда галопирующее течение присуще заболеванию с самого начала, иногда оно проявляется на заключительной стадии ажитированного паралича. Характерны резкое двигательное возбуждение, катастрофическое падение массы тела.

**Галстук Казаля** [Kasal]. Кожная эритема с шелушением и десквамацией эпителия и последующей гиперпигментацией в области шеи. Симптом пеллагрозного дерматита.

Син.: лента Казаля.

**Гамбринизм.** Разновидность алкогольной наркомании, характеризующаяся чрезмерным пристрастием к пиву (*Гамбринус* – легендарный фламандский король, любитель пива и покровитель пивоварения). Психопатологически существенно не отличается от других видов алкоголизма.

**Гамильтона шкала депрессии** [Hamilton M., 1960]. Перечень симптомов для дифференцирования депрессивных состояний. Болезненные признаки разделяются на три группы: симптомы патологии влечений, настроения и вегетативные расстройства. Использу-

ется для контроля эффективности антидепрессантов. Не характеризует глубину депрессии. Является модификацией мультидимензиональной психиатрической шкалы для экспресс-исследования.

**Гамильтона шкала тревоги** [M. Hamilton, 1959]. Личностный опросник, направленный на выявление конституциональной тревожности и ситуационной тревоги. Содержит перечень 14 групп симптомов, касающихся психических и соматических аспектов тревоги. Включает симптомы тревожного настроения, фобические, эмоциональной напряженности, нарушения сна, депрессивное настроение, из соматических симптомов – мышечные (боли, судороги и др.), сенсорные (например, шум в ушах), кардиоваскулярные, респираторные, гастро-интестинальные, уро-генитальные, нейровегетативные. Значительное внимание уделяется поведению во время опроса. Положительно зарекомендовал себя при диагностике невроза страха; результаты менее значимы при ажитированной депрессии, навязчивых неврозах, истерии и шизофрении [А. Кокошкарова, 1984].

Ср.: Спилбергера шкала тревоги.

**Гамма-волны.** Разновидность ритмических колебаний биопотенциалов ЭЭГ частотой 25-30 в 1 с и амплитудой до 25 мкВ. Часто накладываются на более медленные волны.

**Гамма-энцефалография.** Метод радиоизотопной диагностики повреждений тканей головного мозга. С помощью специальной радиометрической аппаратуры определяется накопление в тех или иных участках головного мозга предварительно введенных содержащих гамма-частицы радиоизотопов.

**Гамомания** *(греч. gamos* – брак, *mania* – страсть, влечение, безумие). Повышенный эротизм, чрезмерная половая возбудимость в сочетании с усиленным стремлением к деятельности. Симптом маниакальных состояний.

**Ганглиозиды.** Сложные гликолипиды. В норме содержатся преимущественно в нервных ганглиях, но также и в эритроцитах, тканях печени, селезенки и др. Участвуют в межклеточных процессах, являются рецепторами для некоторых токсинов (столбняка, холеры и др.) и серотонина. Нарушение состава и количества Г. характерно для некоторых патологических состояний, например идиотии амавротической.

**Ганзера симптом** [Ganser S.J.M., 1898]. Симптом миморечи, мимоговорения. На все вопросы больной отвечает не по существу, однако, несмотря на явную несообразность ответов, обнаруживает понимание предложенных ему вопросов [Введенский И.Н., 1907]. Ответ больного хотя и неправильный, но всегда находится в кругу представлений, связанных с вопро-

сом. Этим миморечь отличается от атактических ответов больных шизофренией. Сочетается с симптомом мимодействия. Характерен для некоторых психогенных реакций – псевдодеменции, Ганзера синдрома.

**Ганзера синдром** [Ganser S.J.M., 1898]. Острая психогенная истерическая реакция. Характеризуется симптомами миморечи, мимодействия, псевдодеменции, пуэрилизма, истерическим (по функциональному типу) сужением сознания. Течение острое. Вначале – растерянность, тревога, страх, возможны зрительные галлюцинации. Более длительное время остаются явления псевдодеменции и пуэрилизма.

**Ганнушкина–Кербикова триада критериев психопатий** [Ганнушкин П.Б., 1933 Кербиков О.В., 1961]. 1) Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации; 2) их относительная стабильность, малая обратимость; 3) тотальность патологических черт личности, определяющих весь психический облик.

**Ганнушкина концепция динамики психопатий** [Ганнушкин П.Б., 1933]. Помимо «возрастных кризисов» П.Б. Ганнушкин различал следующие клинические варианты динамики психопатий: 1) возникающие без видимой внешней причины фазы (например, циклоидные); 2) реакции псигохенные или соматогенные (шизоидные, эпилептоидные, циклоидные); 3) па-

тологическое развитие (астеническое, с выявлением обсессий, с развитием импульсивных навыков, параноическое).

Клинические формы динамики психопатий по течению и исходам отличаются от прогредиентных психозов. П.Б. Ганнушкин подчеркивал роль конституциональной предрасположенности и характера психогении, объяснял этим возникновение в ряде случаев одинаковых клинических картин у психопатов разных типов и различные формы реакций в зависимости от содержания психогенного момента у одной и той же психопатической личности.

**Ганнушкина эпилептоидный тип реакции** [Ганнушкин П.б., 1927]. Длительные, нередко повторно возникающие и обусловленные влиянием психогенных факторов, неблагоприятной жизненной ситуации реакции. Проявляются направленной против окружающих дисфорической симтоматикой, озлобленностью, гневливостью, тоской. Эти состояния носят преходящий характер, иногда длятся месяцами. После них остается готовность к дальнейшему патологическому развитию личности. Возникают обычно у лиц с различной степенью выраженности эпилептоидных свойств, у которых, по выражению П.Б. Ганнушкина, «эпилептоидный круг... если не ясно выражен, то хотя бы намечен».

В качестве психотического эпизода могут отмечаться при ряде патологических процессов (эпидемический энцефалит, травматическое поражение головного мозга, церебральный атеросклероз).

Син.: острое эпилептическое состояние, эпилептическая реакция.

**Гаптофобия** *(греч. hapto* – захватывать, схватывать, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь прикосновения окружающих людей. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психастении.

**Гаргоилизм** *(фр. gargouille* – раструбы старинных водосточных труб, украшавшиеся рельефными изображениями химер) [Hurler G., 1919]. Редко встречающееся генетически обусловленное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, проявляющееся нарушениями обмена мукополисахаридов. Основные признаки – слабоумие, хондроостеодистрофия, гепатоспленомегалия, помутнение роговицы. Типичны большая голова, уродливое строение лицевой части черепа, карликовый рост, нарастающая слепота.

Син.: болезнь Гурлер, болезнь Джонни Мак-Л. (по имени первого описанного больного), множественный дизостоз, болезнь Пфаундлера [Pfaundler M.].

**Гаркави синдром отчуждения витальности** [Гаркави Н.Л., 1945]. Наблюдается при циркулярной (цик-

лотимической) депрессии и характеризуется жалобами больных на отсутствие восприятия витальных чувств (пропало чувство голода, нет чувства жажды, больной не насыщается при еде, хотя много ест, отсутствует потребность в пище). Отчуждение витальных чувств рассматривается как проявление психосенсорных расстройств и часто сочетается с явлениями деперсонализации и дереализации, может служить источником образования бредовых идей нигилистического характера. Вариант психической анестезии (см.).

**Гарриса синдром** [Harris, 1924]. Психические нарушения при спонтанной панкреатогенной гипогликемии. Вначале – предвестники в виде астенических и вегетодистонических симптомов. Затем – состояние нарушенного сознания с судорожными проявлениями.

**Гартмана симптом** [Hartmann]. Нарушение ориентировки в правом-левом. Один из симптомов расстройства схемы тела. Чаще наблюдается в острой стадии органического поражения головного мозга и подвержен быстрому обратному развитию. Может наблюдаться и при очаговом поражении левого полушария головного мозга.

**Гасто синдром** [Gastaut H., 1957]. Постгемиплегическая эпилепсия. Судороги односторонние. Являет-

ся формой острого детского паралича.

**Гафалгезия** *(греч. haphe* – прикосновение, *algesis* – ощущение боли). Возникновение при прикосновении к коже различными предметами, особенно сделанными из металла, неприятных ощущений, дрожи, судорог. Наблюдается чаще всего при истерии, иногда [Гуськов В.С., 1965] при диэнцефалитах.

**Гашиш.** Смола, добываемая из листьев и побегов индийской или американской конопли, произрастающей в южных климатических поясах. Содержит дериваты каннабиола – ароматические альдегиды. Раньше препараты индийской конопли применялись как снотворные и обезболивающие средства. В последнее время получили широкое распространение среди наркоманов.

Син.: анаша, марихуана.

**Гашишизм.** Наркомания гашишная. По распространенности следует за алкоголизмом. Гашиш курят, жуют, глотают в виде таблеток. Действие определяется установкой на ожидаемый эффект [Пятницкая И.Н., 1975]. При значительной передозировке возможны психозы. В отличие от опийной, при гашишной интоксикации снижается функциональный уровень коры головного мозга, превалирует хаотическое возбуждение подкорки (разнообразие иллюзий, нарушение схемы тела, эмоциональная спутанность и т.д.). Воз-

можны шизоформные психозы. Абстинентный синдром развивается медленно, через 2-3 года после начала гашишизма [Пятницкая И.Н.].

Син.: анашизм, гашишемания, каннабизм.

**Гвоздь истерический** *(clavus hystericus, лат. clavus* – гвоздь, *греч. hystera* – матка). Чувство сильной боли, распространяющейся в одном направлении, как бы по ходу «вколачивания гвоздя»: например, головная боль распространяется спереди назад. Наблюдается при истерии.

**Геатоскопия** *(греч. heauton* – сам себя, *skopeo* – рассматривать, наблюдать) [Meninger-Lerchenthal C., 1935]. Синдром ложного восприятия собственного тела, переживание двойника. Движения двойника ощущаются больным в собственном теле. Галлюцинаторный образ может отличаться своими физическими признаками, например, возрастом, но обязательно является идентичной личностью. Иногда двойник переживается как сопровождающий, зеркально отраженный образ. Длится секунды. Наблюдается при переутомлениях, эпилептическом делирии, шизофрении, органических поражениях головного мозга височной и височно-теменной локализации.

Ср.: симптом двойника Гиляровского.

**Гебефрения** *(греч. hebe* – юность, *phren* – сердце, душа, ум, рассудок) [Kahlbaum K., 1863, Hecker

Е., 1878]. Психическое расстройство, развивающееся в молодом возрасте и выделенное авторами как самостоятельная нозологическая форма. Впоследствии [E. Kraepelin] была отнесена к раннему слабоумию. Гебефреническая форма шизофрении характеризуется выраженностью черт детскости, дурашливости, нелепыми выходками больных, их склонностью к чудачеству. Типичны гримасничание, сюсюкающая речь, манерность, склонность к импульсивным поступкам, проявление парадоксальной эмоциональности (см. *Кербикова триада гебефренического синдрома).* Часто сосуществует со стабильными или хаотически возникающими аффективными, галлюцинаторными, бредовыми и кататоническими признаками, Отличается от других форм шизофрении особенно неблагоприятным прогнозом.

Син.: геккеровская форма шизофрении.

**Г. апатическая** [Kleist K., 1908] – гебефренические проявления при шизофрении с особенно выраженной апатизацией.

**Г. депрессивная** – протекает при пониженном настроении.

**Г. маниакальная** (маниоформная) – характеризуется гипертимным настроением, особенно выраженной шаловливостью, пустым, бессодержательным весельем.

**Гебоид** *(греч. hebe* – юность, *eidos* – вид) [Kahlbaum K., 1884, 1889]. Выделенные из гебефрении случаи, также отличающиеся началом заболевания в юношеском возрасте, но протекающие более благоприятно, в которых на первый план выступает антисоциальное поведение. Первоначально трактовались как отдельное заболевание, затем были включены в рамки раннего слабоумия (шизофрении) под названием гебоидофрении. Психопатологически – комплекс нарушений психических свойств личности. В дальнейшем была показана разнородность этого психопатологического феномена и в соответствии с течением болезни говорят о гебоидной психопатии [Bilikiewicz T., 1968] и гебоидной (в рамках юношеской) шизофрении.

Син.: гебоидофрения *(греч. phren* – ум, разум).

**Г. криминальный** [Rinderknecht G., 1920] – психопатологический синдром, обнаруживающийся уже с детства и характеризующийся эмоциональной холодностью с равнодушием и выраженными антисоциальными тенденциями. Автором Г.к. относился к шизофрении, основное отличие она видела в антисоциальных установках. В современной психиатрии Г.к. – один из вариантов шизоидной психопатии (аффективно-тупые, холодные анестетические психопаты). Понятие Г.к, в клинической психиатрии не прижилось как

лишенное психопатологической сущности [Аккерман В.И., 1933].

**Гебоидофрения.** См. *Гебоид.*

**Гедонизм** *(греч. hedone* – удовольствие, наслаждение). 1. Этическое учение, признающее высшим благом и целью жизни удовольствие. В житейских ситуациях гедонистом называют человека, умеющего в любых обстоятельствах отыскать лучшую сторону и путем ограничения своих желаний с помощью рассудительности и самообладания обеспечить себе спокойствие, нередко довольствуясь малым. 2. См. *Гипергедонизм.*

**Гедонофобия** *(греч. hedone* – удовольствие, наслаждение, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь наслаждения. Нередко страх больного носит характер мистического опасения, что вслед за наслаждением последует кара.

**Гейденгайна болезнь** [Heidenhein A., 1929]. Одна из форм (исключительно редкая) пресенильной деменции. Начало между 38 и 55 годами. Отмечаются приступы головной боли, светобоязнь, головокружение, бессонница, общая слабость, раздражительность, больному трудно сосредоточить на чем-либо внимание. Быстро прогрессирующая корковая слепота с двусторонней гемианопсией при сохранности центрального зрения. Прогрессирующая деменция с

эхолалией и персеверациями. Атаксия и атетоз. Дизартрия. Общее повышение мышечного тонуса без пирамидных симптомов. Ликвор без патологии. Течение исключительно неблагоприятное. Патологоанатомически – атрофия коры большого мозга, главным образом затылочных долей, в сочетании с поражением базальных ганглиев.

**Гейльброннера симптом** [Heilbronner К.]. Бедренный симптом у больных прогрессивным параличом. У лежащего на твердой кушетке больного мышцы бедра становятся площе и шире.

**Гекэна синдром –** см. *Апрактоагнозия.*

**Гелиофилия** *(греч. helios* – солнце, *philia* – влечение). Патологическое стремление находиться на солнце. В ряде случаев сопровождается эмоциональными изменениями, вплоть до экстаза.

**Гелиофобия** *(греч. helios* – солнце, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь пребывания на солнце, избегание инсоляции.

**Геллера– Цапперта болезнь** [Heller F., Zappert J., 1909]. Прогрессирующее слабоумие у детей раннего возраста. До 2-3 лет ребенок развивается правильно, затем, без видимой причины, становится возбудимым, сердится, беспричинно плачет, мрачен, угрюм. Постепенно развивается картина слабоумия и оскудения речи. Через полгода-год – полное отсутствие ре-

чи, больной не выполняет инструкций, движения однообразные, стереотипные; иногда – кататонические проявления, вынужденные смех и плач. В ряде случаев – эпилептиформные припадки. При глубоком слабоумии лицо больного сохраняет осмысленное выражение.

Син.: dementia infantilis Helleri.

**Гематидроз** *(греч. haima* – кровь, *hidros* – пот). Кровавый пот. Симптом трофического поражения стенки сосудов. Иногда примесь крови обнаруживается в моче. Наблюдается при диэнцефальных расстройствах, прогрессивном параличе, может носить функциональный характер у больных истерией (в результате внушения или самовнушения).

**Гемералопия** *(греч. hemera* – день, *alaos* – слепой, *ops* – глаз). Нарушение зрительного восприятия; значительное ослабление остроты зрения, наступающее с темнотой – в сумерках, ночью. Г. может быть врожденной и приобретенной (гиповитаминозы А, алкоголизм, болезненные состояния сосудистой оболочки глаз, сетчатки и зрительного нерва).

Син.: никталопия, слепота куриная, слепота ночная.

**Гемикрания** *(греч. hemi* – полу, *kranion* – череп). 1. Головная боль преимущественно односторонней локализации. 2. См. *Мигрень.*

**Гемипарез** (*геми + греч. paresis* – ослабление). Снижение силы и двигательной активности конечностей с одной стороны тела. Может возникать как самостоятельный феномен, либо является стадией развития гемиплегии или обнаруживается при восстановлении функции конечностей после гемиплегии.

**Гемипаркинсонизм** *(геми + паркинсонизм).* Односторонний паркинсонический синдром. Наблюдается при локальной органической патологии головного мозга, например, после травмы.

**Гемиплегия** *(геми + греч. plege* – удар, поражение). Односторонний паралич конечностей, отсутствие в них произвольных движений. Наблюдается при органических поражениях ЦНС и истерии (без нарушений мышечного тонуса и при сохранности рефлексов).

**Гемихорея постгемиплегическая** *(геми + греч. choreia* – хорсвод. пляска, *лат post* – после, *греч. plege* – удар) [Minkowski M., 1904]. Хореоформные гиперкинезы мышц одной половины туловища у перенесших инсульт.

**Ген** *(греч. genos* – происхождение). Структурная и функциональная единица наследственности, единица наследственной информации. Контролирует образование специфического признака. Представляет собой отрезок молекулы дезоксирибонуклеиновой или рибонуклеиновой кислоты.

**Генеалогический фон** (*греч. genealogia* – родословная). Комплекс данных о наличии в роду больного случаев психических или других заболеваний или личностных отклонений.

**Генеля симптом** [Haenel H., 1874]. Понижение чувствительности к давлению на глазные яблоки. При спинной сухотке свидетельствует о высоком уровне локализации поражения.

**Генетика психиатрическая** (*греч. genetikos* – относящийся к рождению, происхождению). Раздел медицинской генетики, изучающий закономерности наследования психических заболеваний. Имеет значение при исследовании этиологии и систематики психических болезней, их диагностики, лечения, прогноза, реабилитации больных. Изучает роль наследственных и средовых факторов в их взаимодействии. Основные методы исследования – клинико-генеалогический, близнецовый, изучение приемных детей, методы сравнения полусибсов, популяционный, цитогенетический.

**Генетический фон.** Комплекс генов, взаимодействующих с геном, контролирующим тот или иной признак, оказывая тем самым влияние на возможность реализации этого признака.

**Генерализация** (*лат. generalis* – общий, главный). Распространение какого-либо патологического про-

цесса в организме из первоначально ограниченного очага или же возможность распространенного его протекания в отличие от очагового, фокального. Например, эпилептический припадок может быть фокальным и генерализованным.

**Генитальная фаза** *(лат. genitalis* – относящийся к рождению, детородный, половой). Психоаналитический термин, обозначающий третью, заключительную, фазу нарциссической стадии формирования либидо. Либидо фиксируется на гениталиях, сексуальное наслаждение ребенок извлекает из мастурбационных манипуляций. См. *Либидо.*

**Генотип** *(греч. genos* – род, происхождение, *typos* – отпечаток, форма, образец) [Jochansen W., 1926]. Совокупность наследственных факторов организма, определяющих во взаимодействии со средой образование фенотипа. О Г. судят по его проявлениям в фенотипе. Изучение Г. представляется важным в медико-генетическом консультировании. Так, риск заболевания шизофренией в числе прочих факторов зависит от близости генотипов родителей [Москаленко В.Д., 1989].

**Генофонд** *(гено + лат. fundus* – основание). Совокупность генов вида или популяции с характерными для данной категории организмов частотами мутаций.

**Геноцид** *(гено + лат. caedere* – убивать). Истреб-

ление определенных категорий человечества по расовым, национальным, этническим или религиозным признакам. К Г. относится и уничтожение людей по псевдонаучным евгеническим принципам (истребление душевнобольных в Германии и на оккупированных территориях). Является тягчайшим преступлением против человечества.

**Гентингтона хорея** *(греч. choreia* – хоровод, пляска) [Huntington G.S., 1872]. Наследственное заболевание. Описано 100 случаев в 12 семьях, ведущих происхождение от двух братьев, впервые наблюдавшихся Гентингтоном [Vessie R.P., 1932]. Относится к группе пресенильных деменций. Начало болезни – 30-40 лет; описаны ювенильные формы, при которых первые признаки болезни появляются значительно раньше, иногда в возрасте до 10 лет, и поздние формы, характеризующиеся началом заболевания после 60 лет.

Обусловлена прогрессирующим атрофическим процессом в большом мозге, особенно в полосатых телах, и меньше – в коре. Характерны хореатические гиперкинезы, усиливающиеся при волнении, беседе, а также псевдоаффективные реакции при совершении произвольных движений. Снижение мышечной силы, птоз век, расстройства речи. В психике – ослабление памяти и внимания, приводящие к агрессивным и антисоциальным поступкам. Возможна психо-

тическая (галлюцинаторно-параноидная) симптоматика. Деменция. Тип наследования – аутосомно-доминантный, чаще болеют мужчины.

Син.: наследственная хорея, хроническая прогрессирующая хорея.

**Генуинный** *(лат. genuinus* – врожденный, природный, подлинный). Термин применяется для обозначения первично возникающих психических процессов. Например, этот признак рядом исследователей избирается для разграничения генуинной (истинной) и симптоматической эпилепсии.

**Геомания** *(греч. ge* – Земля, *mania* – страсть, влечение, безумие). Расстройство влечения в форме геофагии. Наблюдается в виде кратковременных непреодолимых приступов.

**Геофагия** *(гео + греч. phagein* – есть) [Heusinger, 1852]. Нарушение жизни влечений, проявляющееся в стремлении к поеданию земли. Наблюдается при психопатиях, шизофрении, циркулярной депрессии.

Син.: синдром Хойзингера.

**Геридодегенерация** *(лат. hereditas* – наследство, наследие, *degenerare* – вырождаться, перерождаться). Наследственно обусловленный процесс дегенеративно-атрофических изменений в ЦНС, например, при пресенильных атрофиях головного мозга.

**Гериатрия** *(греч. geron* – старик, *iatreia* – лечение).

Наука, изучающая болезни в пожилом и старческом возрасте, их диагностику, своеобразие течения, лечения, методы социальной реабилитации. Предмет Г. составляют как болезни, начинающиеся в более ранние возрастные периоды, так и специфические геронтологические заболевания. Раздел Г. – геронтопсихиатрия.

**Геркулеса болезнь.** Одно из старинных названий эпилепсии.

**Германа синдром** [Herman E.J., 1937]. Симптомокомплекс психических и неврологических расстройств, возникающих в связи с черепно-мозговой травмой в отдаленном ее периоде (чаще через 2-3 года после травмы). Характеризуется наличием следующих признаков: 1) универсальных нейроваскулярных расстройств (вазогенный мраморный цианоз кожных покровов, прогрессирующая ангиоэнцефалопатия); 2) пирамидных и экстрапирамидных симптомов, в том числе нарушений речи экстрапирамидного типа; 3) эпилептиформных припадков; 4) явлений органического психосиндрома с развитием глубокого слабоумия. Патогистологически в головном мозге обнаруживаются расширение артерий и артериол, множественные тромбозы сосудов, пролиферация адвентиции, периартериальный глиоз, очаги размягчения и демиелинизации в белом веществе. В патогенезе ре-

шающее значение придается поражению сосудодвигательных центров головного мозга, проявляющемуся в их дисрегуляции.

**Гермафродитизм** (по имени древнегреческого мифического существа *Гермафродита,* сына Гермеса и Афродиты, бывшего одновременно и мужчиной, и женщиной). Наличие признаков обоих полов у одного индивида. При Г. истинном речь идет о наличии не только и мужских, и женских вторичных половых признаков, но и половых желез одного и другого пола. При Г. ложном наличествуют только вторичные признаки обоих полов.

Син.: амбисексуальность, андрогиния, бисексуализм, двуполость.

**Героинизм.** Вид морфинной наркомании. *Героин* - препарат опия, алкалоид, в 4-8 раз сильнее морфина.

**Геронтоксон** *(греч. geron* – старик, *tokson* – лук). Наблюдаемое в старости белесоватое кольцо по краю роговиц, возникающее в связи с отложением липоидов.

Син.: старческая дуга *(лат. areus senilis).*

**Геронтопсихиатрия** *(геронто + греч. psyche* – душа, *iatreia* – лечение). Раздел психиатрии и гериатрии, изучает клинику, этиопатогенез, лечение, социальную реабилитацию при заболеваниях позднего возраста. Наряду с заболеваниями, начинающимися в более

ранние периоды жизни, Г. изучает специфические для пожилого и старческого возраста психические заболевания (церебральный атеросклероз, сенильную и пресенильные деменции).

**Геронтофилия** *(геронто + греч. philia* – любовь, влечение). Половое извращение, сексуальное влечение к лицам пожилого и старческого возраста. Сексуальное влечение к сверстникам либо вовсе отсутствует, либо при этом не испытывается в достаточной мере чувство удовлетворения.

**Геронтофобия** *(геронто + греч. phobos* – страх). 1. Навязчивый страх, боязнь общения со стариками. 2. Боязнь старости, старения.

**Геростратизм** (Герострат, согласно древнегреческой истории, в 365 г. до н.э. сжег храм Артемиды в Эфесе, чтобы обессмертить свое имя). Тенденция некоторых психопатических личностей причинять несчастья окружающим, чтобы показать свою значимость.

**Герстмана формы прогрессивного паралича** [Gerstmann G., 1922]. Атипичное течение прогрессивного паралича вследствие маляриотерапии, характеризующееся появлением галлюцинаторно-параноидной, кататоноподобной, делириозной и истериоформной симптоматики. Рассматриваются как прогностически неблагоприятные; в их генезе существенную

роль играет сочетание прогрессивного паралича с тяжело протекающей привитой малярией при наличии у больных в прошлом большого количества вредностей (алкоголизм, черепно-мозговые травмы, тяжелые инфекции, дистрофия) [Гордова Т.И., 1959].

**Герстмана–Шильдера синдром** [Gerstmann G., 1924; Schilder P., 1931]. Симптомокомплекс, наблюдающийся при очаговом органическом поражении левой теменно-затылочной области головного мозга. Характерны агнозия пальцев (своих и чужих), неразличение правого и левого, акалькулия и «чистая» (без алексин) аграфия.

**Гетерогенный** *(гетеро + греч. genos* – род). Разнородный, иной по происхождению. Например, в психиатрии выделяют случаи возникновения болезни на гетерогенной почве (шизофрения у циклотимика), что может быть причиной атипичности ее течения.

**Гетеросексуальность** *(гетеро + лат. sexus* – пол). Сексуальное влечение, направленное на лиц противоположного пола.

**Гетеростезия** *(греч. heteros* – другой, иной, разный, *aisthesis* – чувство, ощущение). Различная интенсивность восприятия ощущений с кожи в различных участках тела. Может наблюдаться при органических поражениях нервной системы (сирингомиелия) и истерии, однако в меньшей степени выраженности

может наблюдаться и у здоровых: например, сравнительная гипестезия в надлопаточной области.

**Гетеротрихоз** *(гетеро + греч. trix, trichos* – волос). Не соответствующее полу и возрасту отсутствие или рост волос на лице и теле.

**Гетчинсона–Гилфорда болезнь** [Hutchinson J., 1886; Gilford H., 1897]. Заболевание, характеризующееся преждевременным старением при карликовом росте. Тело пропорционально, наблюдаются признаки раннего увядания кожи, тонкие выпадающие волосы, атрофичные ногти, долго не меняются молочные зубы. Кости конечностей хрупки, остеопоротичны. Недоразвитие половых органов. Преждевременный атеросклероз. В юношеском возрасте часты кровоизлияния в мозг. Заболевание обусловлено патологией среднего мозга и эндокринных желез. Проявляется после рождения или в первые годы жизни.

Син.: прогерия детская, инфантильный сенилизм, болезнь Гильфорда, прогерия Гартинса, геродермия детская.

**Гетчинсона триада** [Hutchinson J., 1863]. 1. Паренхиматозный кератит. 2. Глухота вследствие сифилитического лабиринтита и дегенерации слухового нерва; 3. Поражения верхних центральных резцов (зубы бочкообразные, шире у шейки, с полулунной выемкой по свободному краю). Наблюдается при позднем врож-

денном сифилисе.

**Гефирофобия** *(греч. gephyra* – мост, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь пройти по мосту, разновидность батеофобии.

**Гештальтпсихология** *(нем. Gestalt* – образ, целостная форма, *греч. psyche* – душа, *logos* – учение, наука). Идеалистическое направление в зарубежной психологии конца XIX – первой трети XX вв. [v. Ehrenfels Ch., 1890; Wertheimer E., 1912]. Термин был предложен Ch.v. Ehrenfels. Г. изучала психику с точки зрения целостных структур (гештальтов). В отличие от структурной психологии, выделявшей в психике, сознании отдельные элементы и синтезировавшей из них более сложные психические феномены, Г. выдвигала принцип внутренней системной организации психики, определявшей и особенности ее составных частей. Гештальт не является простой суммой, составленной из отдельных элементов, это целостное переживание, данное первично, изначально присущая душе человека психическая форма, структура [Koffka К.]. Гештальт не является ощущением, чувственным образом отдельных свойств предметов и явлений. Развитие Г. способствовало обогащению знаний о психических процессах, хотя ее методология препятствовала каузальному их анализу. Тем не менее Г. была шагом вперед по сравнению с механисти-

ческой структурной психологией, она внесла новое в изучение восприятия и мышления в эксперименте и теории, стимулировала развитие социальной психологии, патопсихологии.

**Гибкость восковая.** См. *Каталепсия.*

**Гибкость восковидная.** См. *Каталепсия.*

**Гигантизм** *(греч. gigas* – великан, гигант). Клинический синдром, характеризующийся очень высоким ростом (свыше 200 см для мужчин и 190 см для женщин) или чрезмерным увеличением отдельных частей тела. Различают Г. акромегалический, внутренних органов, евнухоидный, истинный (пропорциональное увеличение всех размеров, отсутствие патологических проявлений), половинный (увеличение размеров одной половины тела), церебральный (органический, с поражением головного мозга), частичный или парциальный (увеличены вследствие патологии эмбриогенеза или нервно-трофических нарушений отдельные части тела, его половина).

**Гигропарестезия** *(греч. hygros* – жидкий, влажный, *para* – рядом, близко, *aisthesis* – чувство, ощущение). Разновидность парестезии, при которой больной испытывает неприятное чувство влажности кожи.

**Гидроанэнцефалия** *(греч. hydor* – вода, жидкость, *an* – не, *enkephalos* – головной мозг). Выраженная водянка головного мозга: истонченный слой ткани го-

ловного мозга представляет собой мешок, наполненный ликвором.

**Гидрозофобия** (*греч. hidros* – пот, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь вспотеть и простудиться или стать источником неприятного запаха. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психастении.

**Гидрофобия** (*гидро + греч. phobos* – страх). Боязнь возникновения мучительных судорог при попытке сделать глоток воды, появляется при одном лишь виде воды или упоминании о ней. Наблюдается при бешенстве (один из синонимов названия этой болезни), столбняке, истерии.

**Гидроцефалия** (*гидро + греч. kephale* – голова). Водянка головного мозга, избыточное накопление ликвора в желудочках мозга и подоболочечных пространствах. Характеризуется повышением внутричерепного давления. Диагностируется методами пневмоэнцефалографии, краниографии, компьютерной аксиальной эхографии, электроэнцефалографии. Основные виды Г., встречающиеся в психиатрической практике: внутренняя, или желудочковая, – ликвор скапливается преимущественно в желудочках головного мозга; наружная – ликвор собирается главным образом в подоболочечных пространствах головного мозга; общая – ликвор скапливается и в желудочках,

и в подоболочечных пространствах.

**Гиллеспи простая деменция** [Gillespi R.D.]. Редкая форма пресенильной деменции. Начало в возрасте 45-60 лет. Клиника определяется неуклонно прогрессирующей деменцией без других психических, и неврологических расстройств.

**Гилмана–Хоренстайна болезнь** [Gilman S., Horenstein S., 1964]. Наследственное заболевание, начинающееся в первой декаде жизни и характеризующееся дистонией, прогрессирующей амиотрофией, прогрессирующей деменцией, нистагмом, недержанием кала и мочи, спастическими параплегиями. Тяжесть заболевания варьирует. Тип наследования аутосомно-рецессивный.

Син.: параплегия амиотрофическая дистоническая.

**Гилфорда личностный опросник** [Guilford J.P., 1956, 1959]. Создан на основе факторного анализа и предназначен для исследования личностных особенностей. Дает характеристику таких свойств личности, как общая активность, самообладание, властность, общительность, эмоциональная устойчивость, объективность, дружелюбие, вдумчивость, личностные отношения, мужественность.

**Гиляровского–Ливенцева–Сегаль–Кирилловой метод электросна** [Гиляровский В.А., Ливенцев Н.М.,

Сегаль Ю.Е., Кириллова З.А., 1950, 1953]. Метод лечения неврозов и неврозоподобных состояний с помощью наиболее приближающегося к физиологическому сна, вызываемого применением слабых дозировок постоянного импульсного тока при глазнично-затылочном или глазнично-сосцевидном расположении электродов. Сон достигается без применения фармацевтических средств и, таким образом, лишен сопутствующего токсического эффекта. По сравнению с электронаркозом используются менее сильные токи, что освобождает электросон от побочных явлений, субъективных и объективных.

**Гиляровского психоортопедия** [Гиляровский В.А., 1926]. Один из методов коллективной психотерапии, заключающийся в перевоспитании личности больных неврозами, их активировании: выявляются здоровые стороны личности, стимулируется бодрое настроение, развитие самодеятельности. В Г.п. сочетаются коллективный труд, культтерапия, занятия физкультурой, ритмикой, соответствующее воспитание. Развитию метода способствовали работы Д.С. Озерецковского [1927], С.С. Либиха [1974].

**Гинандрия** *(греч. gyne, gynaikos* – женщина, *aner, andros* – мужчина). Псевдогермафродитизм. При наличии вторичных половых признаков (мужских и женских) половые железы организма принадлежат только

одному полу.

Син.: гинандризм.

**Гинантроп** (*гин + греч. antropos* – человек, мужчина). Псевдогермафродит, имеющий женские половые железы.

**Гинекофилия** *(гинеко + греч. philia* – любовь, влечение). Повышенный эротизм у мужчины, стремящегося постоянно к сближению с новыми партнершами. См. *Дон Жуана синдром.*

**Гинекофобия** *(гинеко + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь женщин. Одно из проявлений анахоретизма.

**Гипалгия** *(греч. hypo* – под, *algos* – боль). Снижение болевой чувствительности.

**Гипакузия** (*гип + греч. akusis* – слух). Понижение остроты слуха вследствие уменьшения возбудимости рецепторных клеток спирального органа. В психиатрии: симптом неврозов, нередко наблюдается после истерического припадка. Часто сочетается с шумом в ушах и головокружением.

**Гипенгиофобия** *(греч. hypengion* – ответственность, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь ответственности.

**Гипервентиляционная проба.** Метод диагностики эпилепсии. Провоцирует возникновение на ЭЭГ пароксизмальной эпилептической активности при ла-

тентно протекающем заболевании. Эффект достигается произвольным учащением и углублением дыхания.

**Гипергевзия** *(греч. hyper* – над, выше, *geusis* – вкус). Усиление вкусовых ощущений. Следует отличать от вкусовых галлюцинаций.

Син.: гипергейзия, гиперестезия вкусовая.

**Гипергедония** *(гипер + греч. hedone*– удовольствие, наслаждение). Повышенное влечение к получению наслаждений, развлечениям. См. *Гедонизм.*

**Гипергейзия.** См. *Гипергевзия.*

**Гипергия** *(гип + греч. ergon* – действие, деятельность). Снижение реактивности организма.

**Гиперергия** *(гипер + греч. ergon* – действие, деятельность). Повышение реактивности организма.

**Гиперестезия** *(гипер + греч. aisthesis* – ощущение, чувство). Повышенная чувствительность к воздействующим на органы чувств раздражителям.

**Г. психическая** – 1. Гиперестезия в сочетании с повышенной раздражительностью при астении; 2. повышенная чувствительность к психическим травмам с повышенной впечатлительностью, повышенная травмоцептивность.

**Гиперинсулинизм** *(гипер + инсулин).* Синдром, обусловленный повышенным содержанием в крови инсулина (гиперинсулинемия). Характеризуется явле-

ниями гипогликемии – слабостью, чувством голода, потливостью, тахикардией; при выраженной гипогликемии – судороги, потеря сознания (кома). Наблюдается при инсуломе.

**Гиперкинез** (*гипер + греч. kinesis* – движение). Автоматические насильственные движения вследствие непроизвольных сокращений мышц.

**Г. атетоидный** – характеризуется непроизвольными медленными, стереотипными, вычурными движениями небольшого объема в дистальных отделах конечностей. Наблюдается при поражении хвостатого тела в области хвостатого ядра и скорлупы.

**Г. истерический** – возникает психогенно. Движения вычурны, тонус мышц не усилен. В состоянии покоя исчезает.

Син.: Г. функциональный.

**Г. корковый** – возникает при поражении двигательной зоны коры головного мозга и характеризуется клоническими судорогами.

**Г. органический** – наблюдается при изменениях мышечного тонуса вследствие органического поражения головного мозга, главным образом при патологии стриопаллидарной системы.

**Г. тонический.** Периодически наступающее напряжение мышц.

**Г. экстрапирамидный** – совокупность Г., наблю-

дающихся при патологии экстрапирамидной системы (атетоз, торсионный спазм, гемибаллизм и др.).

**Гиперкинезия** *(гипер + греч. kinesis* – движение). Усиление двигательной активности какого-нибудь внутреннего органа. В психиатрии часто наблюдается при неврозах.

Син.: гипермотильность.

**Гиперметаморфоз** *(гипер + греч. metamorphosis* – превращение) [Neumann H., 1859; Wernicke C., 1881]. Неустойчивость, сверхизменчивость, флюктуация внимания, характеризующаяся чрезвычайной рассеянностью, высокой степенью отвлекаемости больных. При максимальной выраженности может порождать состояния, близкие к спутанности. Чаще всего наблюдается при острых экзогенно-органических психозах, иногда при повышенной возбудимости органов чувств. Лежащие в основе гиперметаморфоза расстройства внимания приводят к особой форме патологии мышления, для которой характерны нарушения последовательности суждений, неспособность к цельной, логической мыслительной деятельности. H. Neumann первоначально описал гиперметаморфоз как самостоятельное заболевание, однако C. Wernicke свел его к уровню психопатологического симптома.

**Г. аффективный** [Neumann H., 1859]. Частая смена

аффектов удовольствия и неудовольствия.

**Гиперметрия** *(гипер + греч. metron* – мера, размер). Разновидность дизметрии, увеличение амплитуды движений.

**Гипермимия** *(гипер + греч. mimia* – подражание). Усиление скорости и выраженности мимических реакций.

**Гипермнезия** *(гипер + греч. mnesis* – воспоминание, память). Болезненное усиление памяти, ее обострение с наплывом образных воспоминаний, ярких чувственно-конкретных представлений. Чаще всего наблюдается при маниакальных и маниоформных состояниях, иногда в активном периоде развития бреда (в этих случаях носит избирательный характер).

**Гиперорексия** *(гипер + греч. orexis* – аппетит). См. *Булимия.*

**Гиперосмия** *(гипер + греч. osme* – обоняние). Болезненное обострение обоняния.

**Гиперпатия** *(гипер + греч. pathos* – чувство, переживание, страдание). Расстройство чувствительности, при котором понижен порог восприятия и нарушено чувство локализации нанесения раздражения и интенсивности воздействия раздражителя. Ощущения при этом носят отрицательную эмоциональную окраску, крайне тягостны. Наблюдается при поражении чувствительных и смешанных нервов травматического и

инфекционного генеза, при восстановлении их функции, а также при патологии таламуса.

**Гиперпрозексия** *(гипер + греч. prosexis* – внимание). Болезненное усиление внимания к каким-то особенно значимым для больного объектам – мыслям, ощущениям, явлениям. Часто наблюдается при навязчивостях, сверхценных и бредовых переживаниях.

**Гиперсексуальность** *(гипер + лат. sexualis* – половой). Повышенное половое влечение. Наблюдается при некоторых психических заболеваниях, чаще при маниакальных состояниях, а также в периоды возрастных кризов – пубертатного, при старении.

**Гиперсомния** *(гипер + лат. somnus* – сон). Патологически повышенная сонливость. По А.М. Вейну [1974], различают Г. пароксизмальные и перманентные. К пароксизмальным относятся нарколепсия, пиквикский синдром, синдромы периодической спячки, Клейне–Левина, истерические спячки, Г. в клинике эпилептических, вегетативно-сосудистых, мигренозных и гипогликемических кризов и пароксизмов. К перманентным относятся Г. при органических поражениях головного мозга различной этиологии (при летаргическом энцефалите, сонной трипаносомной болезни и др. энцефалитах и менингоэнцефалитах).

**Г. идиопатическая** *(греч. idios* – свой, собственный, *pathos* – страдание, болезнь) [Roth B., 1976]. Ха-

рактеризуется сонливостью в дневное время, удлиненным ночным сном и феноменом сонного опьянения (см. *Опьянение сном).* Обнаружена связь между идиопатической гиперсомнией и наличием психотравмирующих ситуаций [Яхно Н.Н., Муртазаев М.С., 1980], высказывается предположение о возможности возникновения этого синдрома на фоне незначительного нарушения функции гипоталамуса [Вейн А.М., 1982].

**Гиперстения** *(гипер + греч. sthenos* – сила). Вариант астении (чаще ее стадия), для которого характерна повышенная возбудимость (слабость торможения).

Син.: раздражительная слабость.

**Гиперсублимация** *(гипер + лат. sublimare* – возносить). Выраженное и стойкое подавление сексуальности, либидинозной активности деятельностью другого рода – спортивной, творческой, трудовой.

**Гипертелоризм** *(гипер + греч. tele* – далеко, *horismos* – разграничение, разделение). Повышенное расстояние между парными, симметрично расположенными органами, чаще всего между глазами. Термин, часто употребляемый в детской психоневрологии.

**Гипертимия** *(гипер + греч. thymos* – настроение, чувство). Повышенное, радостное настроение. В со-

четании с усилением двигательной и психической активности наблюдается при маниакальных состояниях (маниакальная триада). Характерна для гипертимических психопатов и акцентуированных личностей.

**Гипертиреоз** *(гипер + анат. glandula thyroidea* – щитовидная железа). Повышение функции щитовидной железы, часто сочетается с явлениями тиреотоксикоза. См. *Гревса–Базедова болезнь.*

Син.: гипертиреоидизм.

**Гипертрихоз** *(гипер + греч. trix, trichos* – волос). Чрезмерный рост волос (по количеству, длине, толщине), появление их в неподобающих возрасту и полу местах. Волосатость.

**Гиперергазия** *(гипер + лат. ergasia* – деятельность, активность). Чрезмерное повышение активности, наблюдается у маниакальных больных, у психопатических личностей паранойяльного круга, гипертимических. Понятие, близкое термину «гиперергия».

**Гипнагнозия** *(греч. hypnos* – сон, *a* – не, *gnosis* – знание). [Эпштейн А.Л., 1 928]. Отсутствие у больного сознания того, что он спал. Наблюдается чаще всего при психических заболеваниях, протекающих с расстройствами сна, – депрессиях, невротических агрипнических состояниях.

**Гипналгия** *(гипн + греч. algesis* – ощущение боли). Алгические ощущения, наблюдающиеся во время сна

или при переходе от бодрствования ко сну.

**Гипноз** *(гипн + оз).* Особое состояние психики человека, отличающееся и от бодрствования, и от обычного сна. Вызывается большей частью искусственно, воздействием извне, однако возможен аутогипноз. Отличается повышенной способностью гипнотизируемого воспринимать внушение и снижением чувствительности, восприимчивости ко всем другим влияниям. В связи с этими особенностями используется для психотерапии как самостоятельный метод и в сочетании с другими методами. Перед проведением сеанса гипноза обычно определяют гипнабельность пациента.

**Г. активный ступенчатый** [Kretschmer E., 1949] – методика психотерапии, основанная на поступательном ступенчатом строго методическом построении процесса гипнотизации, в которой до минимума сведена роль внушения. С помощью двух первых упражнений по методу аутогенной тренировки Шульца больной вызывает у себя ощущение тяжести и тепла в конечностях, после чего следует упражнение в фиксации взгляда с близкого расстояния. Это состояние поддерживается ритмическим однообразием звуковых раздражений (зуммер, метроном). Происходит последовательное включение механизмов, автоматически обеспечивающих гипноидное состояние.

**Гипноз фракционный** [Vogt O., 1900]. Вскоре после начала гипнотизации и впоследствии каждые 3-5 минут больного выводят из состояния дремоты и выясняют у него ощущения, которые он уже успел испытать. Этот самоотчет используется при построении внушения в последующем; ставится акцент на тех ощущениях, которые у него удалось вызвать. Метод позволяет более быстро достичь желаемой глубины Г.

**Гипноза глубины шкалы** 1. [Weitzenhoffer A.M., Hilgard E.R., 1962]. Учитываются такие факторы, как заранее внушенное опускание поднятой до определенного уровня руки, внушенные галлюцинации, наличие внушенных сновидений, регрессия возраста, аносмия, обездвиженность руки, возможность вызывания негативных галлюцинаций (больной не видит в связи с суггестией реально существующих предметов), постгипнотическая амнезия. Шкала построена по типу психометрических тестов, исследование длится около 1 ч. Была использована для обнаружения связи между гипнабельностью и другими личностными особенностями [Hilgard E.R., 1965].

2. Клиническая шкала для определения степени глубины гипноза [Orne M.T., O'Connel D.N., 1967]. Учитываются 5 факторов: отсутствие реакции, наличие идеомоторной реакции, невозможность сопротивления внушению, внушенные галлюцинации, постгипно-

тическдя амнезия. Оценка показателей психометрическая.

**Гипноза стадии по Бехтереву** [Бехтерев В.М., 1911]. Систематизация гипнотических состояний в зависимости от степени их глубины и распространенности на малый, большой и средний Г. Малый Г. характеризуется дремотой, чувством отяжеления конечностей и приятного тепла и отдыха, отсутствием постгипнотической амнезии; средний – легким сном, каталептическими проявлениями, анестезиями, анальгезиями, сужением раппорта до восприятия лишь слов врача, отсутствием постгипнотической амнезии; большой – глубоким сном, полной избирательностью раппорта, реализацией внушения галлюцинаций, сложных переживаний, постгипнотических внушений, амнезией. Соответствуют Фореля стадиям гипноза.

**Гипноза стадии по Форелю** (Forel A., 1889]. Выделяемые по мере углубления гипнотического состояния стадии сомноленции, гипотаксии и сомнамбулизма.

**Гипноид** *(гипно + ид).* Термин, введенный J. Breuer [1895], соратником S. Freud, для обозначения сноподобных состояний у предрасположенных к истерии женщин, занимающихся монотонной домашней работой, которая не может полностью овладеть их вниманием.

**Гипноидные фазы.** Состояния, промежуточные между бодрствованием и сном. По И.П. Павлову различают уравнительную, парадоксальную, ультрапарадоксальную и наркотическую фазы, которым придается важное значение в объяснении патофизиологических механизмов сна, гипноза, бреда и т.д. В частности, патофизиологические механизмы психических нарушений при шизофрении во многом объясняются сложными гипноиднофазовыми процессами (см. *Протопопова гипноидный синдром).* Гипноидные фазы возникают не только в связи с вызывающим их искусственным торможением психической деятельности – они наблюдаются при утомлении, истощении, неврозах, психических заболеваниях.

**Г.ф. наркотическая** – никакой раздражитель, независимо от его силы, не дает эффекта.

**Г.ф. парадоксальная** – сильные раздражители дают слабый эффект, а слабые – сильный.

**Г.ф. ультрапарадоксальная** – положительные раздражители дают отрицательный эффект, и, наоборот, отрицательные раздражители дают положительный эффект.

**Г.ф. уравнительная** – реакция не зависит от силы раздражителя, во всех случаях наблюдается один и тот же эффект.

**Гипнойя** (*гипо* + *греч. поео* – воспринимать, мыс-

лить). [Ewald G., 1919]. Попытка выделения эндогенного психоза, при котором в клинической картине господствует подозрительность, в противоположность паранойе, при которой доминируют бредовые переживания. По G. Ewald, описанный им психоз недоверия близок к мании и депрессии.

В настоящее время используется лишь производный от Г. термин «гипноический».

**Гипнолепсия** *(гипно + греч. lepsis* – приступ, схватывание). Одно из основных проявлений нарколепсии – непреодолимые приступы дневного сна, возникающие периодически, в любое время и в любой обстановке (во время работы, за едой, в театре и т.п.). Частота приступов от единичных до многих в день, продолжительность от 10-15 минут до 1 ч.

**Гипнонаркоз** *(гипно + греч. narkosis* – онемение, оцепенение). Введение гипнотического внушения в комплекс мероприятий при проведении наркоза. Гипнотическое состояние потенцирует наркотический фармакогенетический эффект и позволяет уменьшить количество наркотиков, способствует более глубокому обезболиванию.

**Гипнопедия** *(гипно + греч. paideia* – обучение). Обучение в гипнозе. Принцип заключается в том, что в гипнотическом состоянии усиливается восприятие внушаемого материала и снимается конкурирующее

воздействие посторонних раздражителей. Применяется при изучении иностранных языков. Лекции-внушения произносятся в течение сеанса несколько раз тихим голосом, иногда с этой целью воспроизводятся магнитофонные записи.

**Гипнопсихотерапия** *(гипно + греч. psyche* – душа, *therapeia* – лечение) [Мягков И.Ф.]. Сочетание внушения в гипнозе с психотерапией в состоянии бодрствования. Показана при состояниях, затрудняющих контакт с больным, главным образом при истерических расстройствах (сужении сознания, мутизме, глухонемоте, амаврозе). Вначале проводится сеанс гипнотерапии, затем переходят к другим видам психотерапевтического лечения – рациональной психотерапии, аутогенной тренировке.

**Гипнотерапия** *(гипно + греч. therapeia* – забота, лечение, уход). Метод психотерапии, основанный на применении внушения в гипнозе.

**Гипнофобия** *(гипно + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заснуть, мотивируемая опасением умереть во время сна.

**Гипобулические механизмы Кречмера** *(греч. hypo* – внизу, снизу, под, *bule* – воля). [Kretschmer E., 1922]. Низший тип волевой установки, соответствующий ранним ступеням онто– и филогенеза, обусловленный деятельностью древних рефлексов. В норме

гипобулика подчинена сознательной (целевой) воле, но в патологии (при сильных аффектах, при предъявленных к личности невыполнимых для нее требованиях, при шизофрении) Гипобулические механизмы высвобождаются из-под контроля и проявляются примитивными реакциями чаще всего аффективного характера. Проявления гипобулики в моторике – «двигательная буря», рефлекс «мнимой смерти», ритмические двигательные стереотипии. Характерные признаки гипобулики – зависимость от элементарных раздражений, склонность к одновременному или попеременному возникновению диаметрально противоположных реакций, несоответствие реакции раздражителю. Типичное проявление гипобулики – истерический припадок; с ней E. Kretschmer связывал и кататонические проявления при шизофрении, каталепсию в гипнозе. Применительно к истерии E. Kretschmer рассматривал гипобулические механизмы в плане концепции P. Janet о послойном строении психики и противопоставлении автоматических механизмов сознательным.

**Гипобулия** *(гипо + греч. bule* – воля). Снижение волевой активности, желаний и побуждений к деятельности.

**Гипогидроз** *(греч. hypo* – под, ниже, *hydros* – пот). Понижение потоотделения. Наблюдается при вегета-

тивных расстройствах, сильном страхе, состояниях гипергликемии.

**Гипогликемия** (*гипо + греч. glykys* – сладкий, *haima* – кровь). Снижение уровня содержания глюкозы в крови.

**Г. идиопатическая семейная** [McQuarrie, 1954] – наследственное заболевание, проявляющееся в возрасте до 2 лет спонтанно наступающими гипогликемическими явлениями, главным образом у мальчиков. При значительном снижении сахара – судороги, кома. Наблюдаются стойкие поражения головного мозга. Часты спонтанные ремиссии в возрасте 6-10 лет. Патогенетический механизм – замедление распада инсулина вследствие энзиматического блокирования инсулиназы.

Син.: синдром Мак-Карри.

**Г. инсулиновая** – Г., возникающая вследствие введения инсулина – при инсулинокоматозной терапии, при передозировке инсулина у больных сахарным диабетом. Характерны слабость, потливость, булимия, тремор рук, при значительном снижении уровня сахара в крови – коматозное состояние.

**Г. спонтанная** – Г. возникающая вне связи с эндокринной патологией. Наблюдается при некоторых невротических состояниях, у больных алкоголизмом, при органических поражениях ЦНС.

**Гипогонадизм** *(гипо + новолат. gonas* – половая железа). Понижение функции полового аппарата, его недоразвитие или инволюция. Характерны пониженная секреция половых желез, слабая выраженность вторичных половых признаков и половых органов. Наблюдается при патологии гипофиза или гипоталамуса в связи с нарушением секреции гонадотропных гормонов и нейрогормонов; при нарушениях нервной регуляции деятельности половых желез; вследствие непосредственного поражения болезненным процессом половых органов и при кастрации.

**Гипокинез** *(гипо + греч. kinesis* – движение). Снижение двигательной активности: 1) при некоторых органических поражениях головного мозга, например, при экстрапирамидной патологии (паркинсонический синдром); 2) при состояниях ступора или субступора.

Син.: гипокинезия.

**Гипомания** *(гипо + греч. mania* – безумие, страсть, влечение). Нерезко выраженное маниакальное состояние, характеризующееся нерезким повышением настроения, умеренным ускорением течения ассоциативных процессов, стремлением к деятельности. Больные повышенно активны, нередко недостаточно контролируют свои влечения. Может быть проявлением циклотимической фазы или стадией развития мании.

Син.: гипоманиакальное состояние.

**Гипомнезия** (*гипо + греч. mnesis* – воспоминание). Прогрессирующее снижение памяти. При постепенно развивающихся органических процессах характеризуется известной последовательностью: ослабление произвольной репродукции, затем удержания в памяти и после этого запоминания. При острой вредности (например, после черепно-мозговой травмы) такая последовательность необязательна.

**Гипоноические механизмы Кречмера** [Kretschmer E., 1922]. Архаический тип реагирования, проявляющийся в формировании и сочетании представлений, тогда как в гипобулических механизмах доминируют эмоционально-волевые проявления. Гипоноические механизмы наблюдаются в патологии и в норме (сновидения, грезы наяву, начальная стадия художественного творчества, мифология и искусство первобытных народов). Гипоноическое мышление всегда кататимично, то есть зависит не от логических категорий, а от аффектов, желаний, опасений. В соответствии с концепцией гипоноических механизмов E. Kretschmer рассматривал шизофреническое мышление, а также особенности мыслительной деятельности во время истерических сумерек и переживания загипнотизированных, для которых, считал он, характерны отсутствие логического смысла (асин-

таксичность) и символическая образность. Анализ гипоноического мышления проводился E. Kretschmer с позиций психоаналитической символики.

Резкой критике подверглась идея сопоставления патологии мышления с мышлением первобытных народов [Зиновьев П.М., 1929].

**Гипопаратиреоз** *(гипо + анат. glandula parathyroidea* – околощитовидная железа). Понижение функции около(пара)щитовидных желез.

**Гипопатия** *(гипо + греч. pathos* – болезнь, страдание). Снижение степени выраженности эмоциональных проявлений. По Н.Н. Тимофееву [1954], гипопатический синдром характеризуется своеобразным нарушением чувства реального, проявляющимся в исчезновении эмоционального тона восприятий и переживаний. Состояние, близкое к anaesthesia dolorosa psychica.

**Гипопсихоз** *(гипо + греч. psyche* – душа + *оз)* [Barnes F.M., 1923]. Болезненные психические состояния, характеризующиеся снижением уровня психической деятельности, хотя «психоз в клиническом смысле не развивается». Описан при органических поражениях головного мозга.

F.M. Barnes различал помимо Г. апсихоз, сводящийся к отсутствию психических функций, невозможности последовательного и целенаправленного мышле-

ния (например, при ступоре), гиперпсихоз, характеризующийся чрезмерным усилением психических функций, и парапсихоз, при котором отмечается искаженное функционирование психики.

**Гипопсихотические состояния** [Гольденберг М.А., 1961]. Наблюдаются при острых инфекционных заболеваниях и характеризуются тем, что психические нарушения при них не носят выраженного психотического характера. Иногда это лишь этап, предшествующий развитию психотических синдромов. К Г.с. относятся инфекционная астения, апатико-адинамический синдром, гипнагогические психические нарушения (гипнагогические галлюцинации, галлюциноз, делирий, психосенсорные расстройства). Они появляются на высоте температуры и выражают степень интоксикации.

Ср.: гипопсихоз.

**Гипостения** *(гипо + греч. sthenos* – сила). Вариант астении, чаще ее стадия (особенно при неврастении), для которой характерна повышенная истощаемость (слабость возбудительного процесса).

**Гипотимия** (*гипо + греч. thymos* – настроение, чувство). Пониженное настроение, сочетающееся с уменьшением психической и (не всегда) двигательной активности. Один из признаков депрессивного синдрома (депрессивной триады).

**Гипотиреоз** *(гипо + анат. glandula thyroidea* – щитовидная железа). Понижение функции щитовидной железы, сопровождающееся нарушением обмена веществ. Наблюдается при микседеме.

**Гипотония сознания** [Berze J., 1914]. Фактор, выведенный при разграничении клинически процессуальных и дефектных состояний шизофрении. Рассматривалась как основное, первичное расстройство при шизофрении, проявляющееся в недостаточности активности личности с ее детерминирующими тенденциями, недостаточности интенциональных актов, обеднении, редуцировании личностного содержания. Нарушения переживаний у больных шизофренией в процессуальной стадии болезни выводилось из снижения сознания до уровня ниже нормального бодрственного состояния.

Ср.: побуждений расстройства, редукция энергетического потенциала.

**Гипофобия** *(гипо + греч. phobos* – страх). Недостаточность чувства страха, приводящая к неадекватной оценке ситуации. Проявление эмоциональных расстройств. Наблюдается у больных шизофренией, при алкогольном опьянении, иногда при неврозах («стеническое жало психастеника»).

**Гипофрения** *(гипо + греч. phren* – ум, разум). Обобщающее название различных форм слабоумия, врож-

денного и приобретенного. Малоупотребляемый термин.

**Гиппель–Линдау болезнь** [Hippel E., 1895; Lindau A., 1926]. Ретино-церебеллярный ангиоматоз. Врожденное заболевание, характеризующееся множественными ангиобластомами, локализующимися преимущественно в сетчатке, мозжечке, нарушениями развития внутренних органов или их доброкачественными опухолями (кистомы поджелудочной железы, почек, печени). Иногда обнаруживается гипернефрома. Психически: явления органического психосиндрома (регресс личности, снижение оперативной памяти, раздражительность, возбуждение, повышенная утомляемость). В некоторых случаях психопатологическая симптоматика такая же, как и при опухолевых процессах с локализацией в лобной области [Melmon K.C., Rosen S.W., 1964].

**Гиппус** *(греч. hippeio* – скакать). Клоническая судорога m.sphincter iridis, приводящая к частой смене миоза и мидриаза. Наблюдается при органических поражениях ЦНС – паркинсонизме, нейролюэсе.

Син.: симптом беспокойства зрачков Вестфаля [Westphal C.].

**Гирсутизм** *(лат. hirsutus* – волосатый, косматый). Гипертрихоз у женщин – появление усов и бороды, обильный рост волос на туловище и конечностях. На-

блюдается при патологии гипофиза и яичников, иногда в виде проявлений вторичных расстройств эндокринной системы у психически больных (например, при шизофрении), при адреногенитальном синдроме.

**Гистрионизм** (*лат. histrio* – актер) [Racamier P., 1952; Ziegler F.J., 1960]. Театральное поведение больных истерией с присущими им чертами эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, повышенной внушаемости и реактивности, склонностью к драматизации. Г. проявляется сильной эмоциональной экспрессией в мимике, пантомимике, речевых интонациях, повышенной вокализацией. В связи с этим предлагаются термины: гистрионическая личность, гистрионные мужчины. По A. Jakubik [1979], чрезмерная экспрессия создает впечатление неискренности, театральности, стереотипной игры роли; эскалация эмоциональности рассматривается им как средство подавления окружающих, самоутверждения, и механизм, разряжающий сверхоптимальный уровень активации. Таким образом, Г. можно рассматривать как своеобразный механизм психологической защиты при истерии.

**Гифегедония** *(греч. hypo* – под, понижение, *hedone* – удовольствие, наслаждение). Снижение остроты ощущений, получаемых при половой близости. Часто наблюдается при невротических состояниях, депрессиях.

**Гликроидия.** См. *Глишроидия.*

**Глишроидия** (*греч. glykys* – клейкий, сладкий, *eides* – подобный) [Minkowska F., 1923, 1935]. Эпилептоидная конституциональная предрасположенность, рассматривавшаяся как непременное условие для развития генуинной эпилепсии. Подчеркивалось значение факторов наследственных, психических (инертность аффектов, прилипчивость, малая подвижность, консерватизм традиций) и соматических (атлетическое телосложение) особенностей.

Син.: гликроидия, эпилептоидия, эпилептоидная конституция, иктафинная конституция.

**Глоссолалия** (*греч. glossa* – язык, *lalia* – речь). Расстройство речи, характеризующееся ее ускорением и появлением в ней множества парафазии, неологизмов. В отличие от неоглоссии (см.) является аффективно обусловленной. Наблюдается в некоторых религиозных сектах при радении, в состояниях истерического экстаза, экзальтации, суженного сознания. Возникает остро, у преморбидно расположенных личностей с истерическими чертами характера или при наличии психогенной индукции в предрасполагающей обстановке. В отличие от неоглоссии отсутствует тенденция к какой-либо систематизации новой речи. Глоссолалическая речь всегда эмоционально ярко окрашена и сопровождается общим психомоторным

возбуждением.

**Глоссомания** *(греч. glossa* – язык, *mania* – страсть, безумие). Навязчивое рассматривание собственного языка в зеркале. Частый симптом ипохондрических состояний главным образом невротического генеза.

**Глупость физиологическая.** Пограничный (на границе с легкой дебильностью) уровень интеллекта, не дает оснований для диагностики умственного недоразвития. Понятие, близкое к конституциональной глупости по П.Б. Ганнушкину [1933].

**Глухонемота** *(лат. surdomutismus).* Одновременное отсутствие речи и слуха. Может быть врожденной (вследствие недоразвития кортиева органа) или приобретенной – при органических поражениях головного мозга, истерическая, психогенно обусловленная (при этом косвенным путем удается обнаружить сохранность слуха, часты нарушения кожной чувствительности в области ушных раковин, наружного слухового прохода). Последняя снимается внушением в гипнозе, а также в стадии возбуждения при кратковременном наркозе.

**Гнев.** Состояние бурного аффекта, остро наступает и скоро проходит. Часто сопровождается двигательным возбуждением и агрессивно-разрушительными тенденциями. Характерны вегетативные реакции: покраснение или побледнение лица, тахикардия,

головная боль (чаще после приступов гнева). Реакции Г. наблюдаются как у психически здоровых лиц (обычно они протекают адекватно вызвавшим их внешним факторам и в основном контролируются), так и при психических заболеваниях – при неврозах, у психопатических личностей, при органических поражениях головного мозга (церебральном атеросклерозе, посттравматической энцефалопатии, эпилепсии и др.). Реакции Г., возникающие на неблагоприятной почве, отличаются несоответствием степени их выраженности и значения вызвавшего эти реакции психогенного фактора, особой бурностью и часто продолжительностью. Состояние Г. может быть длительным при гневливой мании.

**Говерса симптом** [Gowers W.R., 1889]. Парадоксальное расширение зрачков при их освещении. Наблюдается главным образом при сифилитическом поражении головного мозга.

**ван Гога симптом.** Описан H.S. Abram [1966]. Заключается в том, что больные либо сами себя оперируют, либо требуют, чтобы врачи произвели им те или иные операции. Может наблюдаться при параноидной и ипохондрической формах шизофрении, в клинике психопатий. Иногда включается в рамки синдрома дисморфофобии (дисморфомании).

**Голант синдром насильственных мыслей и дей-**

**ствий** [Голант Р.Я., 1929]. Наблюдается при постэнцефалитическом паркинсонизме. Характерны приступы судорог взора (см. *Виммера – Штерна симптом*, так называемое «навязчивое мышление», мысленное повторение отдельных слов и фраз, насильственный смех и плач, палилалия, палиграфия, насильственное мычание, повторение услышанных слов, акайрия, насильственные движения. Течение интермиттирующее. Не зависит от степени выраженности паркинсонизма. Иногда усиливается под влиянием психогенных моментов. Входящие в структуру синдрома психопатологические проявления рассматриваются как персеверация с субъективным переживанием насильственности.

**Голант синдром ощущения невесомости** [Голант Р.Я., 1940]. Характеризуется сочетанием чувства собственной невесомости, неполноты вкусовых и обонятельных впечатлений, витальной тоски и неврологических симптомов (гипоталамических, оптико-вестибулярных). При этом больные иногда жалуются на ощущение изменения величины конечностей. Описан при органических поражениях головного мозга нейроинфекционного генеза с предположительной локализацией в правой височной доле (поражение височно-таламических путей).

**Голант–Шмарьяна синдром отчуждения вос-**

**приятия речи** [Голант Р.Я., Шмарьян А.С., 1940]. Характерно отрицание больными восприятия речи или измененное ее восприятие, сопровождающееся неприятным чувством. При этом отмечается прекардиальная тоска. Расстройства неврологические (головная боль, центральный парез лицевого нерва, правосторонний симптом Оппенгейма, отсутствие брюшных рефлексов, нарушения чувствительности) и вегетативные (ожирение, задержка менструаций, отсутствие удовлетворения от еды и сна). Основные признаки: деперсонализация речи и гиперпатии. Наблюдается при органических поражениях головного мозга вследствие нейроинфекций и опухолей. Предположительно локализация та же, что и при Голант синдроме ощущения невесомости.

**Голодисфрения** *(греч. hollos* – весь, целый, *dys*– – приставка, означающая нарушение, *phren* – ум, разум). [Barahona-Fernandes G.H., 1957]. Шизофреноподобные психозы, протекающие с картиной дезинтеграции психической деятельности и ассоциативной разорванности. Характерно эпизодическое течение с полным выздоровлением. Описано несколько клинических типов психозов: параноидный, галлюцинаторный, инкогерентный, двигательный, с расстройством сознания (сумеречные состояния, делирий).

Главные нарушения – тотальное расстройство со-

знания, внимания и инкогерентность мышления. Отмечаются нарушения сна, инстинктов и аффекта, чувства времени и ориентировки. В происхождении психозов подчеркивается роль конституциональных, экзогенных и психогенных факторов. Нозологически Г. находится между шизофренией и циркулярным психозом. По Т.Ф. Пападопулосу [1975], относится к атипичным острым эндогенным психозам.

**Голотимия** *(греч. holos* – весь, целый, *thymos* – чувство, настроение). См. *Аффективный фон, Бред голотимический.*

**Гольдштайна синдром** [Goldstein K., 1916]. Симптомокомплекс мозжечковых расстройств воспалительного или травматического генеза: статические и динамические нарушения равновесия, адиадохокинез, гиперметрия, мегалография, брадилалия, увеличение амплитуды движений в суставах из-за расслабления мускулатуры, ослабление чувства массы, интенционный тремор, мозжечковая каталепсия, хореиформные гиперкинезы.

**Гольдштайна–Ширера методика** [Goldstein K., Sheerer M., 1953]. Психологическая методика для исследования мыслительной деятельности, с помощью которой устанавливается соотношение абстрактного и конкретного уровней мышления. Состоит из пяти субтестов: классификация предметов, классифи-

кация по цвету и форме, классификация только по цвету, копирование геометрических фигур, сложение кубиков по образцам. Применение методики эффективно при органической церебральной патологии, при исследовании детей с задержками умственного развития.

**Гомеостаз** (*греч. homeios* – подобный, сходный, *statis* – стояние, неподвижность). Подвижное, но устойчивое равновесие какой-либо системы (биологической, психической), обусловленное ее противодействием, нарушающим это равновесие внутренним и внешним факторам (см. *Кеннона таламическая теория эмоций*. Принцип Г. широко применяется в физиологии, кибернетике, психологии, им объясняется адаптивная способность организма. Психический Г. поддерживает оптимальные условия для функционирования мозга, нервной системы в процессе жизнедеятельности.

**Гомилопатия** *(греч. homilia* – общение, беседа, *pathos* – страдание, болезнь) [Kraepelin E., 1915]. Подгруппа психогенных заболеваний, развитие которых связывается с фактором общения людей. К Г. относились индуцированные психозы, тюремные психозы и бред преследования у тугоухих. Такое понятие Г. следует отличать от понимания под этим термином повышенного влечения к общению с людьми, наблюда-

ющегося иногда при состояниях психического возбуждения.

Син.: психозы общения. Ср.: понопатии, симбантопатии.

**Гомилофобия** *(греч. homilia* – общение, беседа, *phobos* – страх). Боязнь общения с окружающими из-за опасения проявить свою несостоятельность, показаться им смешным или подозрительным, привлечь к себе внимание. Наблюдается как в рамках навязчивостей, так и в процессе бредообразования.

**Гомицидомания** *(лат. homicida* – убийца, *mania* – страсть, безумие, влечение). Непреодолимое влечение к убийству.

**Гомосексуализм** *(греч. homos* – один и тот же, *лат. sexus* – пол). Половое влечение к лицам своего же пола. Нарушение психосексуальных ориентации по полу объекта.

Син.: у обоих полов – инверсия, у мужчин – уранизм, у женщин – лесбиянство, сапфизм, трибадия.

**Гомосексуализма врожденного триада.** См. *Триада врожденного гомосексуализма.*

**Госпитализация** *(лат. hospitalis* – гостеприимный). Помещение больного в стационар для обследования и лечения. Госпитализация психически больных может быть плановой – например, для проведения повторного курса лечения; по медицинским показаниям

– в случае психотического состояния, исключающего возможность амбулаторного лечения (с согласия родных), и принудительной, когда больной представляет социальную опасность для себя и (или) для окружающих. В последнем случае вопрос о госпитализации решается комиссионно и в течение первых суток в стационаре больной должен быть освидетельствован комиссией, которая обязана подтвердить правомерность его принудительного помещения в больницу.

**Госпитализм.** В психиатрии: ухудшение психического состояния в связи с длительным пребыванием в стационаре (явления социальной дезадаптации, утрата интересов к труду и трудовых навыков, снижение синтонности, ухудшение контакта с окружающими, тенденция к хронификации заболевания, усиление характеропатических проявлений).

Син.: синдром отрыва от дома.

**Готическое телосложение** (от готической архитектуры, отличающейся преобладанием вертикальных размеров, определяющих архитектурные формы, стиль). Разновидность конституциональной астении с преобладанием вертикальных размеров над поперечными.

**Гофмана болезнь** [Hoffmann F., 1894]. Наследственное заболевание, характеризующееся медлен-

ным нарастанием неврологической симптоматики и прогрессированием слабоумия. Начало в возрасте около 10 лет, длительность течения – от 9 лет до 21 года. Описана у детей, родившихся от брака между двоюродными братьями и сестрами. Тип наследования аутосомно-рецессивный.

Син.: амиотрофический юношеский боковой склероз со слабоумием.

**Гоше болезнь** [Gaucher F.Ch., 1882]. Семейно-наследственная патология с аутосомно-рецессивным типом наследования. Характеризуется нарушением обмена (цереброзидный липидоз), накоплением в организме цереброзида керазина. Диагностическое значение имеет обнаружение в пунктате грудины или селезенки богатых керазином клеток Гоше. Типичны увеличение живота, большая селезенка, иногда увеличение печени и лимфатических узлов. Желто-коричневая очаговая пигментация кожи и слизистой оболочки рта. В начале заболевания в детском возрасте – задержка роста. Со стороны крови – гипохромная анемия, лейкопения, геморрагический диатез. Разрастание клеток Гоше в костях сопровождается остеопорозом.

Острая форма Г.б. наблюдается у грудных детей, погибающих через несколько месяцев после начала заболевания, и проявляется мышечной ригидно-

стью, параличами мышц глазного яблока и бульварными симптомами. Хроническая форма проявляется у детей, в юношеском возрасте и у взрослых, протекает приступообразно, с ремиссиями, иногда длительными. Неврологически при хронической форме – нарушения речи, глотания, мозжечковые симптомы, спастическое повышение мышечного тонуса, эпилептиформные припадки. Психически – изменения личности, снижение интересов, нарастающая деменция. Известны психотические состояния [Weinschenk C., 1954] – недержание аффекта, гневливость, агрессивность, периодически отмечаются состояния возбуждения с депрессивной или эйфорической окраской аффекта. При возбуждении наблюдается недержание мочи и кала, бессмысленное собирание пищи, различных предметов. Иногда – слуховые галлюцинации.

**Гравидофобия** (*лат. gravida* – беременная, *phobos* – страх). 1. Навязчивый, часто суеверный, страх, боязнь встречи с беременной. 2. Боязнь забеременеть.

**Грандомания** (*лат. grandis* – крупный, большой, *mania* – страсть, безумие). Чрезмерная страсть к величию, сочетается с высокомерием. Наблюдается у акцентуированных и психопатических личностей, в маниакальных и гипоманиакальных состояниях.

**Графилия** (*греч. graos* – старуха, *philia* – любовь).

Разновидность геронтофилии. избирательное эротическое влечение к пожилым, старым женщинам. Часто – проявление женского гермафродитизма, но термин применяется и по отношению к мужчинам, вступающим в любовную связь со старшей по возрасту женщиной.

**Грассе перемежающаяся хромота нервных центров** [Grasset S., 1906]. Особенности психических расстройств при атеросклерозе сосудов головного мозга, обусловленные эпизодически возникающими ангиоспастическими явлениями (например, кратковременные эпизоды афазии, приступы дыхания Чейна–Стокса и т.п.), которые нередко оказываются предвестниками грубой очаговой органической патологии – инсультов, размягчений мозга.

Ср.: Штерца симптом.

**Графология** *(греч. grapho* – писать, изображать, чертить, *logos* – учение, наука). Наука, изучающая почерк людей, здоровых и больных. В психиатрии особенности изменения почерка могут иметь дифференциально-диагностическое, судебно-медицинское (для идентификации личности писавшего) и судебно-психиатрическое значение, особенно в случаях проведения посмертной экспертизы. По почерку в известной мере можно судить о характерологических особенностях автора письменного текста.

**Графомания** *(греч. grapho* – писать, чертить, изображать, *mania* – страсть, безумие, влечение). Патологическое стремление к сочинительству произведений, претендующих на публикацию в литературных изданиях, псевдонаучных трактатов и т.п. Графоманические тенденции нередки у сутяжных психопатов.

**Графофобия** *(греч. grapho* – чертить, писать, изображать, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь писать, брать в руки письменные принадлежности. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, особенно у больных с графоспазмом. (писчим спазмом).

**Грацидомания** *(лат. gracilis* – щуплый, худой, *mania* – страсть, безумие). Непреодолимое стремление похудеть, боязнь полноты. Чаще всего наблюдается у девушек, стремящихся похудеть с помощью специальных медикаментозных средств, диетических ухищрений, голодания. Нередко является одним из первых симптомов дисморфофобии, психической анорексии.

**Грации потеря** [Kraepelin E., 1910]. Симптом нарушений моторики при шизофрении, характеризующийся утратой естественности, гармоничности, грациозности движений. Движения становятся угловатыми, порывистыми, обнаруживают тенденцию к импульсивности. Жестикуляция и позы приобретают харак-

тер напряженных, ригидных, иногда чудаковатых. Периодически отмечается вялое расслабление мышц. Иногда жесты и мимика фрагментарны, незавершенны. Письмо становится вычурно-витиеватым, буквы изобилуют ненужными линиями и завитушками. Наиболее часто наблюдается при кататонических расстройствах.

**Гревса–Базедова болезнь** [Graves R.J., 1835; Basedow C., 1840]. Заболевание, характеризующееся тиреотоксикозом. Ведущая триада симптомов: гипертиреоидный зоб, экзофтальм, тахикардия. Психически – явления эндокринного психосиндрома (гиперстеническая астения, колебания настроения, расстройства внимания). Возможна психотическая симптоматика – делириозные и аментивные состояния, бред, галлюцинации, маниакальные и депрессивные синдромы.

Син.: болезнь Базедова, болезнь Гревса (Грейвза), зоб диффузный токсический.

**Гретера формы раннего слабоумия (шизофрении)** [Grater K., 1909]. Формы шизофрении с алкогольным началом. Вначале отмечается симптоматика белой горячки или острого параноида, а в дальнейшем наблюдается развитие шизофренического процесса. Алкогольная интоксикация в таких случаях способствует выявлению шизофрении и видоизменяет ее те-

чение.

**Грефе–Шегрена синдром** [Graefe A.F.W.E., Sjogren T., 1950]. Наследственная патология, тип передачи аутосомно-рецессивный. Характерна задержка физического и умственного развития, возможны шизофреноподобные психические расстройства. Неврологически – мозжечковая атаксия, глухота, нистагм. Нередко – маленький рост, микроцефалия, различные уродства развития. Типичен пигментный ретинит, осложненный катарактой.

**Гримасничание.** Неадекватная ситуации и эмоциональному состоянию больного вычурная, манерная мимика. Одно из проявлений шизофренической манерности.

**Гринфильда болезнь** [Greenfield G., 1950]. Прогрессирующий склероз мозга с первичной дегенерацией олигодендроглии. Типичны расстройства речи, зрения. Нарушается походка, образуются мышечные контрактуры. Патологические рефлексы (Бабинского). Прогрессирующее слабоумие. По клинике напоминает Шильдера болезнь.

**Гриффитса шкала** [Griffits R., 1954]. Психологическая методика для определения способностей детей. Дифференцируют пять видов способностей: локомоторные, личностно-социальные, слух и речь, развитие рук и глаз, невербальные. Результат оценивают

исходя из соотношения умственного и хронологического возрастов.

**Группа инвалидности.** Критерий степени выраженности утраты трудоспособности. Устанавливается врачебно-трудовыми экспертными комиссиями при длительном течении заболевания и является основанием для назначения пенсии и права пользоваться отдельными льготами. I Г.и. назначается при полной утрате трудоспособности и необходимости ухода за больным, II – нетрудоспособным, но не нуждающимся в постороннем уходе, III – частично нетрудоспособным, то есть нуждающимся в облегчении условий труда по своей прежней специальности (например, сокращение рабочего дня), или лицам, могущим работать по более легкой профессии.

**Гуддена симптом** [Gudden B.A.]. Сочетание зрачковых симптомов (миоз, анизокория, отсутствие или слабая реакция на свет) с нарушениями конвергенции. Наблюдается при тяжелом течении алкогольного делирия и алкогольных энцефалопатиях.

**Гуденах тест «Рисунок человека»** [Hoodenough F.L., 1926]. Психологическая методика для исследования интеллектуального уровня детей старше 11 лет. Рисунок человека, выполненный ребенком, оценивается по степени дифференцированности.

**Гуревича окулостатический феномен** [Гуревич

М.О., 1938]. Вестибулярный симптом, проявляющийся нарушениями статики при движениях глаз. При конвергенции и взгляде вверх происходит падение или пошатывание назад, при движении глаз в стороны – падение тела в соответствующую сторону. При этом отмечаются головокружение, боль в глазах, слезы. Это состояние длится несколько минут. Наблюдается при закрытой черепно-мозговой травме во всех стадиях поражения, включая и поздние, чем обусловлено большое диагностическое значение окулостатического феномена. М.С. Маргулисом [1940] описан при вестибулярной форме энцефалита.

**Гуревича–Голант–Озерецковского синдром насильственной непреодолимости влечений** [Гуревич М.О., 1925; Голант Р.Я., 1929; Озерецковский Д.С., 1950]. Наблюдается главным образом при хроническом течении эпидемического энцефалита, а также при опухолях и травматических поражениях головного мозга. Приступообразно возникают насильственные влечения (стремление задушить кого-либо из окружающих, выкрикивать бранные слова, покупать ненужные вещи и т.п.). Одновременно могут отмечаться усиление неврологической симптоматики в виде ауры, судороги взора. Больные осознают нелепость своих влечений, неправильность вытекающего из них поведения, но преодолеть эти влечения не мо-

гут. В отличие от навязчивых состояний, насильственные влечения, противоречащие морально-этическим установкам больного, нередко реализуются в соответствующих двигательных актах.

# Д

**Дакномания** *(греч. dakno* – кусать, *mania* – страсть, безумие). Навязчивое стремление кусать окружающих.

**Дакриурия** *(греч. dakryon* – слеза, *uron* – моча). Непроизвольное мочеиспускание при судорожном эпилептическом припадке.

Син.: энурез эпилептический.

**Дактилоспазм** *(греч. daktylos* – палец, *spasmos* – судорога, спазм). Внезапные судороги, захватывающие один или несколько пальцев руки или ноги. Наблюдается при органических или функциональных (истерия) заболеваниях ЦНС. Одной из форм Д. является графоспазм.

**Дансомания** *(фр. danse* – танец, *греч. mania* – страсть, помешательство). Болезненное влечение к танцам, в средние века приводило к психогенным истерическим эпидемиям (см. *Эпидемия психическая, Тарантизм*.

**Дауна болезнь** [Down L., 1866]. Форма олигофрении. Характерны задержка умственного и физического развития, соматические изменения, специфический облик (микробрахицефалия, близкое расположение и косой разрез глаз, широкая и запавшая

переносица, полуоткрытый рот, неправильная форма ушей). Умственное недоразвитие различной степени: от нерезко выраженной дебильности до идиотии. Проявление врожденной трисомии 21-й хромосомы.

**Двигательная буря.** Резко выраженное импульсивное возбуждение, носящее бессмысленный, некоординированный характер. Сопровождается немотивированной агрессией, паническим бегством, хаотическими действиями. Наблюдается чаще всего при состояниях нарушенного сознания, иногда – в структуре кататонического возбуждения.

**Движения автоматизированные.** Целенаправленные Д., осуществляемые без сознательного их регулирования в размеренных темпе, степени выраженности, амплитуде, соответствующие прежнему жизненному опыту.

**Движения активные.** Д., выполняемые произвольно, сознательно или бессознательно.

**Движения Пассивные.** Д., осуществляемые вследствие приложения силы извне.

**Движения сознательные.** Целесообразные Д., контролируемые сознанием.

Син.: Д. произвольные.

**Движения фантомные** *(фр. fantome* от *греч. phantasma* – призрак). Мнимые Д., ощущаемые боль-

ным в ампутированной конечности. См. *Фантом ампутированных.*

**Двойная связь.** Нарушения общения, наблюдающиеся в семьях больных шизофренией. Общение больных с родителями приобретает как бы разноплановый характер, протекает в двух плоскостях, несовместимых в аффективном отношении. Например, больной шизофренией, радуясь визиту матери к нему в больницу, кладет ей руку на плечо, на что та отвечает мимически неодобрительной реакцией, осуждая такие проявления (первая плоскость). Больной отдергивает в смущении руку и слышит заявление матери, что он ее больше не любит. Больной краснеет, и мать замечает ему, что нельзя так смущаться (вторая плоскость). Рассматривается как нарушение в сфере коммуникации [Batesson G., 1956].

**Двойное мышление.** Эхообразное повторение мыслей. Мысль одновременно возникает в обычной форме и в форме галлюцинаторного образования. Иногда они разделены коротким интервалом во времени. Так, в процессе чтения «голос» рассказывает о только что прочитанном или же «голос» как бы диктует больному, что он должен написать. Иногда этот феномен возникает при перечитывании только что написанного. Характерно для шизофрении и является одним из симптомов расщепления.

**Двойные ощущения** [Jensen J., 1868]. Совокупность симптомов, включающая феномены «уже виденного», «уже испытанного» и «уже пережитого». Наиболее часто наблюдается при эпилепсии, где может служить проявлением ауры. Отмечается также и при других психических заболеваниях – циркулярном психозе, шизофрении, органических поражениях головного мозга.

**Двойственное отношение** *(нем. Doppelbindung)* [Batesson G., 1958; Hirsch S.R., 1979]. Неадекватное использование речи родителями больных шизофренией, приводящее к внутренним, психическим конфликтам и дисгармонии взаимоотношений в семье. В разговоре больному ребенку адресуют два противоположных и взаимоисключающих стимула. Создается коммуникативная бессмысленность. Эти противоположные стимулы могут принадлежать не одному, а нескольким собеседникам: например, положительный стимул содержится в речи матери, а отрицательный – в речи отца [Lempp R., 1988]. Такая «ситуация двойственности» рассматривается как шизофреногенная, однако не исключается возможность, что она – проявление латентной шизофрении у родственников больного.

**Двойственность психическая.** Разделение личности больного, ее раздвоение. Собственная лич-

ность переживается, воспринимается больным как нечто отчужденное, как объект созерцания. Сюда относятся: галлюцинаторное видение двойника; амбивалентность с присущими ей полярно противоположными импульсами к деятельности; двойная ориентировка при некоторых формах бреда и нарушенного сознания; двойная жизнь – в реальном и фантастическом мирах; некоторые формы бреда, например, манихейский бред; двойное мышление, при котором одновременно протекают два ряда мыслей – реальных и аутистических, дереистических (при шизофрении, астении, в сновидениях у здоровых). К Д.п. относится и двойное, альтернирующее сознание, наблюдающееся в гипнотических состояниях и при истерии: происходит периодическое выключение нормального сознания и его замена иным, наполненным другими мыслями, чувствами, образами. Образуются как бы две параллельные личности, развивающиеся в разных системах временных и пространственных координат. Раздельность альтернирующей личности (двойного «Я») поддерживается наступающей после гипнотического внушения или истерических сумерек амнезией.

**Дебильность** (*лат. debilis* – слабый, неспособный). Легкая степень олигофрении, характеризующаяся примитивностью, конкретностью суждений, невы-

соким уровнем отвлечения и обобщения, недостаточной дифференцированностью, примитивностью эмоций, затруднениями обучения и сниженной социальной адаптацией. Для решения экспертных вопросов различают три степени Д.: легкую, умеренно выраженную и глубокую (на грани с имбецильностью). Наибольшие трудности возникают при диагностике легкой Д., при отграничении ее от педагогической и социальной запущенности и нижним уровнем так называемой интеллектуальной нормы (конституционально-глупые, по П.Б. Ганнушкину, физиологическая глупость). В ряде случаев наблюдается сочетание Д. с приобретенным слабоумием – например, при присоединении к ней эпилепсии, энцефалита, черепно-мозговой травмы.

**Дебильность двигательная** [Dupre E., 1910]. Заболевание детского возраста, характеризующееся несостоятельностью, несовершенством движений, не соответствующих требованиям повседневной жизни. Это неловкие дети, которым трудны резкие и сложные движения. Составляющие синдрома: 1) паратония – затруднение произвольного расслабления мышц; 2) синкинезия – излишние, сопутствующие движения; 3) нарушения координации. Предполагается, что в основе синдрома лежит врожденная или приобретенная патология пирамидных путей (нерезко выраженная

детская энцефалопатия), сопровождающаяся недостаточностью произвольного торможения двигательных функций. Часто сочетается с умственной отсталостью.

Ср.: Пейна синдром незначительного хронического поражения головного мозга.

**Дебют** *(фр. debut* – начало). В психиатрии: начальные проявления психического заболевания, имеющие известное диагностическое и прогностическое значение. Однако установление наличия дебюта болезни связано с большими трудностями, так как часто производится ретроспективно; кроме того, известны явления «зарниц» (предвестников, форпост-синдромов) которые также, очевидно, должны быть отнесены к Д.

**Девиации дезинтегративные ассоциативного процесса** *(лат. de* – от, *via* – дорога) [Заимов К., 1979]. Элементы отклонения от нормального протекания ассоциативных процессов, характеризующие некоторую феноменологическую общность и сходство патогенетических механизмов в рамках органической и функциональной патологии, например, при шизофренической разорванности и жаргонафазии. Автором к ним отнесены, помимо выделенных E. Kraepelin и базирующихся на изменениях смысловых и фонетических отношений девиаций, также девиации вслед-

ствие вторжения чуждых личностных установок, персевераторные девиации, девиации бесконтрольности в связи с патологией пассивного внимания и т.д. В качестве их аналога, наблюдающегося в норме, рассматриваются речевые девиации (ошибки, оговорки). Патофизиологический механизм ассоциативных девиаций трактуется в аспекте Джексона концепций диссолюции, Введенского парабиоза, гипноидно-фазовых состояний И.П. Павлова и Ухтомского доминанты.

**Девиация половая.** Отклонение полового поведения от общепринятых и обусловленных социально-этническими критериями форм, не достигающие, однако, степени выраженности перверсии (см.).

**Дееспособность.** Способность собственными действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности. Дееспособными считаются лица, достигшие совершеннолетия, так как к этому возрасту человек достигает психической зрелости и приобретает жизненный опыт, необходимые для правильного понимания и регулирования своих поступков. Отсутствие Д. (недееспособность) является следствием психической болезни или (и) слабоумия. В отечественных гражданских кодексах указывается, что судом признается недееспособным человек, который «вследствие душевной болез-

ни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими». Медицинский критерий Д., как и вменяемости, учитывает многообразие форм психических заболеваний и различия выраженности психических расстройств. Вопросы Д. относятся к судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе.

**Дегенеранты** *(лат. degenerare* – вырождаться, перерождаться). Лица с признаками психической дегенерации, проявляющейся в наследственно обусловленной дисгармонии личности. Термин устаревший, в настоящее время Д. относятся к психопатам различного круга. Во французской психиатрии различают Д. высших, обладающих какой-либо, часто односторонней, одаренностью, и низших, примитивных в интеллектуальном отношении, лишенных каких-либо способностей, но обладающих, как и первые, моральным ущербом. Считалось, что Д. предрасположены к дегенеративным психозам (см. *Психозы дегенеративные).*

**Дегенерация кортико-стрио-спинальная.** См. *Якоба–Крейцфельдта болезнь.*

**Дегенерация психическая.** Устаревшее, сохранившееся только во французской психиатрической литературе, определение психических отклонений, обусловленных наследственными факторами, вы-

рождением. В возникновении Д.п. большое значение придавалось родственным бракам; как типичный пример этого обычно приводилось генеалогическое древо Габсбургов.

**Деградация алкогольная** (*лат. de* – от, *gradus* – шаг, ступень, движение). Совокупность изменений личности, в первую очередь ее морально-этических свойств, наступающих вследствие длительного, хронического злоупотребления алкоголем, главным образом, на II-III стадиях алкоголизма. Клинически характеризуется аффективными нарушениями, появлением или усилением имевшейся раньше психопатической (-патоподобной) симптоматики, снижением и утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией.

Син.: деправация алкогольная.

**Деградация психическая.** Утрата личностью присущих ей ранее свойств с обеднением всех ее способностей (чувств, суждений, одаренности, активности и др.). Чаще всего является следствием психического заболевания, проявлением психического дефекта, но может быть и социально обусловленным явлением.

**Дежерина директивная психотерапия** [Dejerine J.J., 1902]. Психотерапевтический метод, основанный на суггестии и воспитании. Существенное значение придается эмоциональной насыщенности психотера-

певтического воздействия, необходимости совместного переживания врача и больного в процессе психотерапии. Важным фактором считается изоляция больного, перемещение его из обычной среды в больницу.

**Дежерина–Лихтхайма феномен** [Dejerine J.J., 1906; Lichtheim L., 1884]. Наблюдается при моторной, чистой или субкортикальной, афазии, когда артикулированная речь невозможна, но образы слов сохранены. Больной не может произнести слово, но может знаками показать сколько в нем слогов, гласных.

**Дежерина–Тома синдром** [Dejerine J.J., Thomas A., 1900]. Атрофия системы ножек мозга с мозжечковыми расстройствами координации. Начало в 35-40 лет, отмечаются мозжечковые расстройства походки, затем атаксия распространяется на верхние конечности (нарушение письма). Рас тройства мочеиспускания, недержание мочи. Патологические рефлексы. Депрессия. Прогрессирующая деменция. Иногда – паркинсонизм. Отмечаются спорадические и наследственные (аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный типы передачи) формы.

Син.: оливомозгомозжечковая атрофия, пресенильная мозжечковая атаксия, корковая мозжечковая дегенерация.

**Дежерина центр** [Dejerine J.J., 1891]. Участок коры головного мозга в области угловой извилины до-

минантного полушария. Имеет отношение к функции речи. При поражении Д.ц. наблюдается алексия (словесная слепота).

**Дезаггравация** *(лат. de(s)* – прекращение, удаление, устранение, отрицание какого-либо понятия, *aggravare* – отягощать, ухудшать). Сознательное или неосознаваемое преуменьшение больным тяжести его заболевания, сокрытие отдельных симптомов, утаивание болезненных поступков.

**Дезагрегация** *(дез + лат. aggregatio* – присоединение). [Суханов С.А., 1906]. Понятие, аналогичное интрапсихической атаксии [Stransky E., 1903] и расщеплению [Bleuler E., 1911].

**Дезадаптация** *(дез + новолат. adaptatio* – приспособление). Нарушение приспособления организмов к условиям существования. В психиатрии под Д. понимается в первую очередь утрата приспособляемости к условиям социальной среды, являющаяся следствием психического заболевания.

Соответственно один из этапов реабилитации психически больных носит название реадаптационного [Кабанов М.М., 1978, 1985].

**Дезадаптация школьная.** Стойкий отказ от посещения школы вследствие затруднений усвоения программы обучения или в связи с нарушением взаимоотношений и конфликтами со сверстниками и педа-

гогами. Наблюдается у детей и подростков, страдающих невротическими расстройствами или обнаруживающих проявления начинающегося психоза.

**Дезактуализация бреда** *(дез + лат. actualis* – действующий, действенный). Временное или длительное, стойкое уменьшение значимости бреда, переставшего существенно влиять на поступки больного. Нередко снижает социальную опасность психически больного. Понятие, близкое «инкапсуляции бреда». Наступает вследствие ремиссии, спонтанной или лечебной.

**Дезанимация** *(дез + лат. anima* – душа). Чувство изменения собственной личности. Проявление деперсонализации.

**Дезинтеграция** *(дез + лат. integratio* – восстановление) [Гуревич М.О., 1949]. Расстройство интегративно образованных психических функций, временное их разложение на компоненты, отдельно протекающие психические процессы, из которых функция составляется путем интеграции. Д. является следствием нарушения связей в мозгу (асинапсия). Эти изменения могут быть стойкими или обратимыми (см. *Реинтеграция*. Наблюдается при шизофрении (разорванность мышления, интрапсихическая атаксия), экзогенно-органических психозах (состояния аменции и др.).

**Дезинтоксикация** *(дез + лат. in* – в, внутрь, *греч. toxikon* – яд). Метод лечения многих заболеваний, в том числе и некоторых психических, направленный на обезвреживание и выведение из организма токсических веществ. С этой целью применяется введение глюкозы, большого количества жидкости (физиологический раствор), препаратов серы (унитиол, сульфозин), плазмозаменителей (гемодез) и т.д.

**Дезориентировка** *(дез + лат. oriens* – восток). Нарушение ориентировки в месте, времени *(Д. аллопсихическая),* собственной личности *(Д. аутопсихическая).* Выделяют Д. амнестическую, связанную с нарушениями памяти и лежащую в основе фиксационной амнезии, и соматопсихическую, относящуюся к восприятию собственного тела, его отдельных частей, органов и их положения в пространстве (например, при аутотопагнозии, аутоскопии и др.).

**Дейтероскопия** *(греч. deuteros* – второй, другой, *skopeo* – рассматриваю, наблюдаю). Видение своего двойника. Наблюдается при шизофрении, инфекционных и интоксикационных психозах, в лихорадочных состояниях, при выраженном истощении.

Син.: симптом двойника.

**Декомпенсация** *(де + лат. compensare* – уравновешивать, возмещать). Недостаточность механизмов восстановления функциональных нарушений и струк-

турных дефектов организма, гомеостаза. В психиатрии понятие Д, часто употребляется в отношении прослеживающейся в процессе жизни пробанда динамики его болезненного состояния, проявляющейся в дезадаптации (при личностной акцентуации, психопатиях), происходящей в связи с факторами как социально-психологическими, так и биологическими (соматические заболевания, возрастные кризы).

**Дексаметазоновая проба.** Биологический тест для диагностики эндогенной депрессии и оценки эффективности антидепрессивной терапии. В конце первого дня исследования больному дается дексаметазон (доза зависит от варианта методики) и на следующий день определяется уровень кортизола в плазме крови и моче. В норме дексаметазон подавляет секрецию кортизола на протяжении суток, и уровень последнего оказывается ниже известного порога. Превышение уровнем кортизола этого порога рассматривается как признак эндогенной депрессии. Недостаточность супрессорного (подавляющего) действия дексаметазона на секрецию тропных гормонов передней доли гипофиза соответствует степени выраженности депрессии. По модификации Ю.Л. Нуллера и М.Н. Остроумовой [1978] основным критерием теста считается не содержание кортизола после введения дексаметазона, а процент подавления его секреции.

**Декстрастресс** (*лат. dexter* – правый, *англ. stress* – напряжение) [Чуприков А.П., 1983] – состояние, возникающее при насильственном переучивании леворуких детей путем пространственного ограничения движений, провоцирует появление невротических и неврозоподобных нарушений. Обнаружение Д. послужило обоснованием повсеместного отказа от переучивания леворуких в славяноязычных странах.

**Декстрофобия** (*лат. dexter* – правый, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь предметов, расположенных справа от больного.

**Делея–Деникера синдром** [Delay G., Deniker P., 1961]. Осложнение при лечении нейролептиками. Развивается часто в начале терапии. Вариант экстрапирамидного нейролептического синдрома. Характерны гиперкинетико-гипертонические изменения мышечного тонуса и явления акатизии, проявляющейся в неусидчивости, стремлении к перемене положения тела, и тасикинезии (непреодолимая потребность в движении, ходьбе). Психические нарушения – замкнутость, отсутствие интереса к окружающему, пониженное настроение, плохой сон, однообразие психических проявлений, брадифрения.

**Делея злокачественный гиперпирексический нейролептический синдром** [Delay G., 1959]. Наблюдается как осложнение терапии нейролептиками.

Начинается экстрапирамидными явлениями, в дальнейшем протекает с гиперпирексией, высоким подъемом АД, бледностью кожных покровов, нарушениями функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, помрачением сознания по типу комы. Часто (более чем в 70% случаев) имеет летальный исход. Главной причиной развития коматозного состояния считают холинергическую гиперактивность ЦНС в связи с возбуждением центральных холинергических систем под влиянием нейролептиков.

**Деликвии психические** *(лат. deliquus* – недостающий, отсутствующий). Пробелы в памяти, воспоминаниях.

**Деликт инициальный** *(лат. delinquo* – проступок, правонарушение, *initialis* – начальный) [Stransky E., 1950]. Уголовное преступление, совершаемое психически больным и являющееся первым проявлением заболевания, чаще шизофрении (см. *Бжезицкого симптом).*

**Делинквентность** *(лат. delinquentia* – проступок, прегрешение) [Bennet J., 1960]. Синдром патохарактерологической реакции у подростков, проявляющийся в совершении ими мелких правонарушений и проступков, не достигающих степени преступления (криминала), наказуемого в судебном порядке. Наиболее часто наблюдается при психопатиях и личностных ак-

центуациях неустойчивого типа.

**Делирий** (*лат. delirium* – безумие, помешательство). Синдром помрачения сознания, характеризующийся выраженными зрительными истинными галлюцинациями, иллюзиями и парейдолиями, сопровождающимися образным бредом и психомоторным возбуждением, нарушениями ориентировки в месте и времени. Галлюцинации преимущественно носят характер сценоподобных, подвижных, множественных, часто зоологических.

Син.: синдром делириозный.

**Д. абортивный** – неразвернутый, кратковременный Д. с фрагментарными обманами восприятия без нарушений ориентировки во времени и месте и явной амнезии болезненных переживаний.

Галлюцинации часто носят характер элементарных, возможны рудиментарные бредовые переживания (недоверие, подозрительность, опасения). Ориентировка во времени может быть нарушена. Длится обычно не более суток.

**Д. абстинентный** – возникает у лиц, страдающих наркоманией и токсикоманией, в период абстиненции. Явлением абстиненции придается важное значение и в генезе алкогольного делирия [Жислин С.Г., 1929].

**Д. алкогольный** – острый алкогольный психоз,

наблюдается во II-III стадиях алкоголизма. Клиника определяется делириозным синдромом, протекающим с аффектом растерянности, страха, выраженными соматовегетативными нарушениями (крупноразмашистый тремор, потливость, атаксия, тахикардия, колебания АД, субфебрильная температура, гиперрефлексия, мышечная гипотония). Наплыв галлюцинаций в вечерне-ночное время, особенно в неосвещенном помещении. К утру обычно симптоматика идет на убыль, однако к вечеру при отсутствии адекватного лечения она возобновляется. Больные дезориентированы или неполностью ориентированы в месте и времени. Наблюдается смена противоположных аффектов [Жислин С.Г., 1935]. Галлюцинации нередко носят характер дразнящих (см.). При углублении Д. появляются слуховые, обонятельные и термические галлюцинации. Больные возбуждены, пытаются спрятаться, смахивают с себя что-то, ловят мнимых зверьков. Часты бредовые переживания (идеи преследования, физического уничтожения). Длительность Д.а. – до недели, но иногда течение может быть затяжным, с люцидными интервалами. По выходе из психоза возможны явления частичной амнезии, а также резидуальная бредовая симптоматика.

Син.: белая горячка пьяниц, delirium tremens.

**Д. атропиновый.** Возникает в связи с интоксика-

цией алкалоидами группы атропина. Характерны тремор тела, тикообразные или атетоидные движения, атаксия, дизартрия, другие признаки отравления (сухая покрасневшая кожа, широкие, не реагирующие на свет зрачки, ослабление зрения, сухость слизистых рта и носа, затруднения глотания и дыхания, частый малый пульс, задержка мочи и стула, судороги). Характерны микропсические, часто зоологические, галлюцинации: летающие перед самым лицом мухи, бабочки, стрекозы и др. Больной активно пытается их ловить.

**Д. аудитивный** [Papadaki, 1904]. Вариант алкогольного делирия со значительной выраженностью в клинической картине явлений вербального галлюциноза. Рассматривается как атипичный вариант алкогольного делирия.

**Д. без делирия** [Dolken A., 1901] – атипичная форма белой горячки пьяниц, характеризующаяся отсутствием в клинической картине галлюцинаций и бреда. Основные расстройства заключаются в нарушении ориентировки во времени и пространстве. Течение более кратковременное, заканчивается болезнь менее критически. Рассматривается как абортивный, редуцированный вариант алкогольного делирия.

**Д. бормочущий** – см. *Д. муссситирующий.*

**Д. гипнагогический.** Галлюцинаторные пережива-

ния, иллюзии, псевдогаллюцинации, сценоподобные, чувственно яркие, появляются в переходном состоянии между бодрствованием и сном. Страх выражен нерезко, чаще наблюдается аффект удивления и соматовегетативные расстройства. При открывании глаз или пробуждении критическое отношение восстанавливается не сразу. Длится одну-две ночи и может смениться другими, более тяжелыми, формами Д.

Возможен онирический вариант – Д.г. фантастического содержания, сопровождающийся аффектом интереса, удивления, боязливого восхищения. Характерна выраженная дезориентировка в окружающем.

**Д. инициальный** – развивается в начале инфекционного заболевания перед повышением температуры тела.

Син.: инициальный бред.

**Д. инфекционный** – возникает при инфекционном заболевании, в начале его (см. *Д. инициальный)* на высоте лихорадочного состояния (см. *Д. лихорадочный)* и при разрешении (см. *Д. коллапса).*

**Д. истерический** – характерно острое, всегда психогенное начало. Сознание сужено. Галлюцинаторные переживания носят характер грезоподобных, часто включают переживания эротические. Мимика и пантомимика театральны, подчеркнуты, нередко до гротеска. В переживаниях больного отражена, иногда

в завуалированном, символическом виде, психогенно-травматическая ситуация.

**Д. кокаиновый** – острый психоз, возникающий у злоупотребляющих приемом кокаина наркоманов. Типичны устрашающие зрительные галлюцинации, сочетающиеся с тактильными галлюцинациями Маньяна. Бессонница. Последующая амнезия.

**Д. коллапса** [Webers H., 1866] – разновидность Д. инфекционного, возникающего при критическом падении температуры тела.

**Д. лекарственный** – наблюдается при резком повышении доз психотропных средств, при присоединении корректоров или внезапной отмене лекарственных препаратов. Возникает чаще у детей и лиц пожилого возраста, а также при наличии органической церебральной патологии (атеросклеротическая или алкогольная энцефалопатия).

**Д. лихорадочный** – форма Д. инфекционного, возникающего в период максимального подъема температуры тела.

**Д. люцидный** – см. *Д. без делирия.*

**Д. муссситирующий** – преобладает двигательное возбуждение в форме простых, стереотипно повторяемых движений (снимание или стряхивание мнимых предметов с одежды или постели, натягивание одеяла и т.п.). Речь тихая, невнятная, часто состоит из по-

вторяющихся отдельных звуков, слогов, междометий (бормотание). Отсутствует реакция на внешние раздражители. Признак тяжелой психической патологии, при неблагоприятном течении заболевания – переход в аментивное и коматозное состояния. При выздоровлении – полная амнезия.

Син.: Д. бормочущий.

**Д. онейроидный** – характеризуется сценоподобными галлюцинациями фантастического содержания, возникающими после предварительно наблюдающегося психотического состояния, протекающего с множественными фотопсиями, элементарными зрительными галлюцинациями и эпизодами образного бреда. Развитие Д.о. идет по типу усложнения клинической картины на третьи-четвертые сутки, в ночное время. Часто – двойная ориентировка, симптом положительного двойника (см. *Капгра синдром).* Периоды обездвиженности с сонливостью в дневное время. Сохранена аутопсихическая ориентировка. Ощущение быстрого перемещения в пространстве. Вначале – аффект страха, при сформировании картины Д.о. – удивление, любопытство, иногда безразличие. Продолжительность – до 2-3 суток. Возможно образование резидуального бреда.

**Д. опиумный** – понятие дискуссионное, так как большинство исследователей отрицает возможность

психотических состояний при опийной наркомании [Бориневич В.В., 1962; Пятницкая И.Н., 1975]. По мнению E. Kraepelin, судорожные припадки или психотические состояния возникают в том случае, если опийной наркомании предшествовал алкоголизм.

**Д. осады** [Bilz] – алкогольный психоз, в котором сочетаются симптомы алкогольного галлюциноза и белой горячки. Спасаясь от мнимых преследований, больные баррикадируют двери.

**Д. острый** – 1. Быстро развивающееся и протекающее делириозное состояние, продолжающееся от нескольких часов до 2-3 суток. 2. Острое психотическое состояние с резким двигательным возбуждением и помрачением сознания, возникающее при сильном повышении температуры тела и физическом истощении. Наблюдается при инфекционных и интоксикационных психозах, при галопирующей форме прогрессивного паралича, эпилепсии, при острых травматических и старческих психозах [Bell L.V., 1849].

Син.: острый бред (delirium acutum), мания Белла.

**Д. при закрытых глазах** [Суханов С.А., 1906] – абортивный Д., возникающий в состоянии абстиненции у алкоголика. Психотическое состояние заключается в эпизодах гипнагогических зрительных галлюцинаций. В дальнейшем возможен переход в развернутую клиническую картину белой горячки, поэтому

он квалифицируется как предделирий [Л.В. Штерева, 1980].

**Д. протрагированный** – характеризуется длительным течением, до нескольких недель и месяцев. Болезненные переживания отмечаются главным образом в ночное время. Характерны вербальные галлюцинации и симптомы психического автоматизма. Рассматривается как проявление замедленного обратного развития некоторых форм Д. (систематизированного, онейроидного, с психическими автоматизмами). По клинике может быть отнесен к Д. гипнагогическому. В дневное время – астения, эмоциональная лабильность, гипотимия, слезливость. Ориентировка не нарушена, сохраняется критическое отношение к болезненным переживаниям.

Син.: Д. пролонгированный.

**Д. профессиональный** – характеризуется молчаливой автоматизированной деятельностью, в которой воспроизводятся двигательные акты, присущие профессии больного. Галлюцинаторно-бредовые переживания незначительны, чаще всего они наблюдаются до сформирования картины Д.п. (психоз в этих случаях начинается картиной типичного делирия, и лишь затем она трансформируется – угасает возбуждение, уменьшается интенсивность галлюцинаторно-бредовых переживаний). Течение почти без люцидных про-

межутков. В начале Д. возможны нарушения узнавания. При обычном течении – сохранность аутопсихической ориентировки. При утяжелении состояния возможен переход в Д. муссситирующий. При выздоровлении – полная амнезия.

Син.: бред занятий.

**Д. резидуальный** – разновидность Д. инфекционного, наступает после минования острой стадии инфекционного заболевания и падении температуры тела.

**Д. систематизированный** – типичны множественные сценоподобные зрительные галлюцинации с развивающимся сюжетом. Преобладает аффект страха. Бредовые переживания изменчивы, соответствуют галлюцинаторным и иллюзорным переживаниям, без глубокой (стойкой, истинной) систематизации. Течение может быть длительным. Выход из психоза литический, с явлениями резидуального бредообразования. Амнезия неполная.

**Д. со смертельным исходом** – сборная группа делириозных состояний, объединяемых по неблагоприятному типу течения и тяжести исхода. Особенно тяжело протекают Д. мусситирующий и профессиональный. Прогностическое значение имеют некоторые особенности анамнеза – высокая толерантность к алкоголю, тяжелый и длительный запой накануне

острого алкогольного психоза. Часты эпилептиформные припадки в начале Д. и при его развитии [Salum J., 1972]. О тяжелом течении Д. свидетельствуют и такие симптомы, как быстрое появление признаков оглушения, выраженные нейровегетативные расстройства, высокая гипертермия, появление подкожных гематом, недостаточность функции печени, ее значительное увеличение.

**Д. сосудистый** – состояния нарушенного сознания по делириозному типу, возникающие в ночное время. Наблюдается при сосудистых поражениях головного мозга (при выраженном церебральном атеросклерозе, после острых нарушений мозгового кровообращения, у больных гипертонической болезнью).

**Д. с психическими автоматизмами** – психические автоматизмы возникают при усложнении типичного Д. или на высоте систематизированного Д. с выраженными вербальными галлюцинациями, при делириозно-онейроидных состояниях. Они транзиторны, нестойки, колеблются в своей интенсивности. Чаще всего отмечаются идеаторные психические автоматизмы, все три варианта автоматизмов одновременно не наблюдаются. Отмечается сосуществование зрительных истинных и ложных галлюцинаций, проецируемых вовне. Ощущение сделанности. Чувство овладения и открытости. Течение более дли-

тельное по сравнению с типичной формой – 1-2 недели.

**Д. старческий** – наблюдается при старческом слабоумии, особенно протекающем на соматически неблагоприятной почве. Наблюдается в ночное время, характеризуется скудными, малоподвижными, лишенными чувственной яркости галлюцинациями. По С.Г. Жислину [1960], в нарушении познавательной деятельности у больных играют роль не столько галлюцинации, сколько общая «дефектность восприятия и ориентировки». Амнестическая дезориентировка, сдвиг ситуации в прошлое. Повышенная активность больных, их кажущаяся «деловитость», суетливость. Часты парамнезии.

Син.: острая пресбиофрения, Д. ложный.

**Д. тетраэтилсвинцовый** – разновидность Д. токсического. Возникает в связи с отравлением тетраэтилсвинцом (этилированный бензин). Характерно наличие обонятельных и вкусовых галлюцинаций, ощущение во рту посторонних предметов (волос, нитки, проволоки и др.). Резко выражены страх, психомоторное возбуждение. Соматическая триада – гипотония, гипотермия, брадикардия.

**Д. тофраниловый** – разновидность Д. психофармакологического. Возникает при приеме больших доз тофранила (имипрамина), чаще всего у больных по-

жилого возраста.

**Д. травматический** – возникает в остром периоде черепно-мозговой травмы. Характеризуется многообразием клинических картин и форм течения.

**Д. фурибундный** (лат. furibundus – яростный, бешеный) – Д., протекающий с резким, неистовым психомоторным возбуждением и гневной агрессивностью.

**Д. шизофреноидный** – делирий с шизофреноподобной симптоматикой.

**Д. эпилептический** – острое психотическое состояние с преобладанием сценоподобных зрительных галлюцинаций. По H. Gastaut [1975], Д.э. является термином устаревшим и нерекомендуемым, обозначающим делириозное состояние, сопровождающее острый или хронический эпилептический психоз. Чаще всего такие психотические состояния возникают при височной локализации эпилептогенного очага и при явлениях «насильственной нормализации» ЭЭГ. Характерны зрительные, ярко расцвеченные (с преобладанием красного цвета) галлюцинации, бредовые идеи преследования, физического уничтожения. Часты онейроидные переживания. Аффект страха, иногда экстатический. Больные совершают агрессивные поступки, спасаются бегством от мнимых преследователей.

**Делириозная гипермнезия** (*греч. hyper* – над, сверх, *mnesis* – память). Наблюдаемое при делириозных состояниях оживление памяти, наплыв казалось бы давно забытых воспоминаний.

**Делирия алкогольного стадии** [Штерева Л.В., 1974]. I – стадия предвестников психоза, предделирий; II – утяжеление психоза и нарастание соматоневрологических нарушений (делириозное помрачение сознания, выраженный аффект страха, психомоторное возбуждение); III – стадия, наступающая при неблагоприятном течении и характеризующаяся утиханием психомоторного возбуждения, повышением температуры тела, адинамией, коматозным или сопорозным состоянием; IV – терминальная стадия (акинетическая кома). При выходе из психоза после III стадии – постделириозная астения. Терапевтическая тактика должна учитывать стадии алкогольного делирия.

**Дельбрюка синдром.** См. *Псевдология фантастическая.*

**Дембо–Рубинштейн методика самооценки** [Dembo T., 1962; Рубинштейн С.Я., 1968]. Экспериментально-психологическая методика для исследования свойств личности по самооценке. Разработан вариант, в котором характеристика личностных свойств дается по количественной шкале [Габриял

Т.М., 1972].

**Деменция** (*лат. de* – прекращение, отрицание чего-либо, *mens, mentis* – ум, разум). Формы приобретенного слабоумия. Стойкое, малообратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятельности. Снижение интеллектуальной деятельности является непременным компонентом Д., однако изменения психики им не ограничиваются, они захватывают всю психическую деятельность; в структуру Д. входят и необратимые изменения личности.

**Д. алкогольная** – возникает вследствие интоксикационной алкогольной энцефалопатии. Характерны прогрессирующие явления психического дефекта, охватывающего память, внимание (то есть предпосылки интеллекта), сам интеллект, аффективно-личностную сферу, включая основные морально-этические свойства. Прогрессирование Д.а. усиливается при присоединении церебрального атеросклероза (см. *Синергизм патологический).*

**Д. амнестическая** – на первый план выходят грубые прогредиентные расстройства памяти (амнезия общая прогрессирующая, парамнезии). Характерна амнестическая дезориентировка. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, в первую очередь атрофического генеза (старческое слабо-

умие, болезнь Альцгеймера), реже – при выраженной сосудистой патологии.

**Д. амнестически-парамнестическая** – характеризуется наличием корсаковского синдрома. Наблюдается при церебральном атеросклерозе, в рамках пресбиофренной формы старческого слабоумия, на определенном этапе болезни Альцгеймера, при различных интоксикационных и инфекционных психозах.

**Д. апатическая** – протекает при значительном снижении волевой активности, редукции речи, оскудении эмоций. Наиболее часто наблюдается при органических поражениях головного мозга лобно-конвекситатной локализации, для которых характерны аспонтанность, пассивность, – например, при лобном варианте болезни Пика с указанным типом преимущественного поражения атрофическим процессом коры головного мозга.

**Д. апоплексическая** – возникает в связи с острыми нарушениями мозгового кровообращения вследствие кровоизлияния или инфаркта головного мозга при церебральном атеросклерозе и гипертонической болезни. Мозговая катастрофа может обнаруживаться на фоне уже имевшейся деменции, но может приводить и к острому возникновению синдрома лакунарной Д. [Абашев-Константиновский А.Л., 1966]. Клиническая картина Д.а. во многом определяется величиной и ло-

кализацией очага поражения, но зависит также и от сохранности компенсаторных механизмов.

Син.: Д. постинсультная.

**Д. асемическая.** [Рахальский Ю.Е., 1963; Блейхер В.М., 1967] – характеризуется очаговым поражением функций речи, гнозиса и праксиса. Наблюдается при церебральном атеросклерозе, болезни Пика, болезни Альцгеймера, на поздних этапах старческого слабоумия, при некоторых формах прогрессивного паралича.

**Д. атеросклеротическая** – наблюдается при безынсультном течении атеросклероза сосудов головного мозга. Течение прогредиентное с остановками и ремиссиями в начальных стадиях. В динамике наблюдается переход от лакунарной Д. к глобарной. Клинически отмечается значительное многообразие (психопатоподобные изменения личности, корсаковский синдром, выраженные галлюцинаторно-бредовые включения, псевдопаралитические картины и другие).

**Д. аффективная** – характеризуется преобладанием аффективной тупости. См. *Д. шизофреническая.*

**Д. боксеров** – см. *Мартланда синдром.*

**Д. вторичная** – историческое понятие, определение синдрома Д., наступающего в процессе течения так называемого единого психоза (см. *Целлера–Гри-*

*зингера–Неймана концепция единого психоза).*

**Д. галлюцинаторно-параноидная** – наблюдается при церебральном атеросклерозе, при бредовой форме старческого слабоумия, эпилепсии, сифилисе мозга, на поздних этапах течения алкоголизма. Галлюцинации и бред не могут рассматриваться как чисто функциональные симптомы, они тесно связаны с особенностями течения деструктивного органического процесса и структурой синдрома слабоумия.

**Д. глобарная** [Stertz G., 1928] – наблюдается при диффузных поражениях органическим процессом головного мозга (прогрессивный паралич, старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера). С самого начала поражаются наиболее сложные и дифференцированные интеллектуальные функции. Типичны поражения ядра личности, ее распад, грубые расстройства самосознания.

Син.: Д. тотальная, Д. паралитическая, Д. диффузная.

**Д. дисмнестическая** – см. *Д. лакунарная.*

**Д. диффузная** – см. *Д. глобарная.*

**Д. инфантильная** – см. *Геллера болезнь.*

**Д. концентрическая** – характеризуется выраженным сосредоточением интересов больного на собственной личности, личностным эгоцентризмом. Наблюдается главным образом при эпилепсии [Случев-

ский И.Ф., 1959].

**Д. курабельная** *(лат. curabilis* – излечимый, исцелимый) – синдромы острой Д., отличающейся быстрой регредиентностью симптоматики психической недостаточности, что обусловлено терапевтическим воздействием на их функциональные компоненты. Понятие Д. условно (см. *Д. регредиентная).*

**Д. лакунарная** [Stertz G., 1928] – является результатом грубого очагового поражения головного мозга (церебральный атеросклероз, сифилис головного мозга, черепно-мозговая травма, некоторые разновидности опухолей). Характерно поражение предпосылок интеллекта, неравномерность снижения различных психических функций, мерцание симптоматики, снижение уровня личности при сохранности ее ядра, основных морально-этических свойств.

**Д. миоклоническая** – разновидность Д. эпилептической, наблюдающаяся при миоклонус-эпилепсии. Характерно преобладание личностных изменений полярного типа: капризности, злобности, угрюмости или, наоборот, дурашливо-эйфорического настроения.

**Д. органическая.** Общее название синдромов Д., возникающих вследствие разнообразных органических поражений головного мозга, противопоставляемое понятию Д. шизофренической, аффективной.

**Д. паралитическая** – см. *Д. глобарная.*

**Д. парциальная** [Stertz G., 1928]. Наступает при поражении структур мозга, имеющих отношение к интеллектуальной деятельности. Нарушение интеллектуальных процессов обусловлено, например, аспонтанностью или чрезмерной активностью протекания психической деятельности. Наблюдается при некоторых адинамических формах энцефалитов (см. *Очаговоцеребральный психосиндром*, при эндокринных заболеваниях (см. *Эндокринный психосиндром*, при опухолях головного мозга лобно-конвекситатной локализации. В настоящее время термин Д.п. иногда используется как синоним Д. лакунарной, что является неправомерным.

**Д. подкорковая.** Развивается при органических поражениях головного мозга с выраженной подкорковой, например экстрапирамидной, симптоматикой. Характерны назойливость больных, явления акайрии, расстройства жизни влечений, снижение уровня личности. Типична для постэнцефалитического паркинсонизма.

**Д. полисклеротическая.** Наблюдается на поздних стадиях течения рассеянного склероза, клинически чаще всего оформляется как псевдопаралитический синдром с многообразной симптоматикой вследствие множественной локализации очагов поражения.

**Д. постинсультная** – см. Д. *апоплексическая.*

**Д. пресенильная** [Binswanger O.L., 1898] – понятие, объединяющее психические заболевания органического генеза, возникающие преимущественно в пресенильном возрасте и протекающие с образованием слабоумия. В эту группу объединяются заболевания различной этиологии, характеризующиеся общностью патогенетических механизмов, – Альцгеймера. Пика, Крепелина, Якоба–Крейцфельдта, Неймана–Кона болезни, Гентингтона хорея. Патоморфологический субстрат пресенильных Д. – атрофия головного мозга.

Характерно сочетание диффузной, глобарной Д. с асимболическими проявлениями (афазия, агнозия, апраксия).

**Д. прогредиентная** – характеризуется неуклонной прогредиентностью течения ослабоумливающего процесса. Чаще всего наблюдается при эндогенно-органических заболеваниях (болезни Пика, Альцгеймера, старческое слабоумие и др.).

**Д. простая** – характеризуется преобладанием негативных, непродуктивных симптомов и наблюдается при различных заболеваниях – церебральном атеросклерозе, старческом слабоумии, эпилепсии и других. Может быть как лакунарной, так и глобарной. В ряде случаев, особенно часто при церебральном

атеросклерозе, наблюдается перерастание простой лакунарной Д. в простую глобарную Д.: происходит распад ядра личности, а картина Д. по-прежнему характеризуется преимущественно отсутствием продуктивной симптоматики.

**Д. простая Гиллеспи** – см. *Гиллеспи деменция простая.*

**Д. псевдоорганическая** [Гиляровский В.А., 1946] – вариант посттравматических изменений психики, характеризующийся выраженной интеллектуальной недостаточностью с прослеживаемой в динамике обратимостью многих болезненных явлений, в том числе и создававших впечатление деменции. Обратное развитие части психопатологических симптомов связывается с восстановлением кровообращения в головном мозге и снятием торможения. Это свидетельствует о неправомерности диагностики травматического слабоумия по первоначально развивающейся клинической картине, во многом обусловленной наличием экзогенно-функциональных патогенетических факторов.

**Д. псевдопаралитическая** – клиническая картина напоминает прогрессивный паралич, хотя этиология заболевания иная. Наблюдается при самых различных эндогенно-органических заболеваниях. По А.В. Снежневскому [1940], структура Д.п. складывается

из нарушений витальной аффективности и дефекта (временного или стойкого) высших интеллектуальных функций. Нередко взаимоотношения органически-деструктивных и функциональных моментов в структуре Д.п. оказываются очень сложными, ими обусловлены колебания степени выраженности и известная курабельность синдромов Д.п., особенно при инфекционной и интоксикационной этиологии заболевания, когда особую роль играет астения. Этим определяется и различное прогностическое значение синдромов псевдопаралича разной этиологии.

**Д. психомоторная.** Состояния Д., возникающие при органических поражениях головного мозга, протекающих с психомоторным возбуждением, например при хорее Гентингтона. Термин неправомерен, так как симптоматика психомоторного возбуждения не определяет клиническую сущность Д., является факультативной.

**Д. психопатоподобная** – в клинической картине наряду с некоторым интеллектуально-мнестическим снижением выражены психопатоподобные изменения личности, происходит как заострение преморбидных личностных особенностей, так и появление новых аномальных свойств личности вследствие ее болезненной деформации. Часто это один из этапов развития Д., например старческой.

**Д. регредиентная** – Д., в течении которой можно уловить тенденцию к обратному развитию интеллектуальной несостоятельности. Термин недостаточно правомерен, так как эта регредиентность является результатом обратного развития функциональных компонентов структуры психического дефекта, она присуща лишь начальной стадии заболевания, следующей за острым состоянием, например, после черепно-мозговой травмы, инсульта (см. *Д. курабельная, Слабоумие псевдоорганическое Гиляровского).*

Нередко вслед за регредиентной стадией наступает стабилизация органически-деструктивного ядра Д., а затем, часто в связи с присоединением возрастных факторов и церебрального атеросклероза или алкоголизма, наступает прогредиентная стадия. В этих случаях можно говорить о регредиентно-стабильно-прогредиентной Д.

**Д. семантическая** *(греч. semantikos* – обозначающий) [Cleckley H., 1942] – не является Д. в собственном смысле этого слова. Речь идет об отсутствии у психопатических личностей должного чувственного резонанса на определенные понятия. Психопат имеет представление о чувствах любви, гордости, стыда, но переживать эти чувства в действительности не может. Понятие, близкое к моральному помешательству Причарда.

**Д. сенильноподобная** – напоминает по клинической картине Д. сенильную, например, заострение преморбидных особенностей характера. Чаще всего наблюдается в пожилом возрасте и обусловлена возрастным патопластическим фактором, хотя этиологически заболевания, протекающие с Д.с., к сенильной Д. не относятся; например, такие состояния наблюдаются при церебральном атеросклерозе, при соматогенных и инфекционных психозах у стариков. Само слабоумие по своей сути в этих состояниях не является глобарным, нередко и расстройства памяти носят характер не амнестических, а дисмнестических.

**Д. с морией** – наблюдается при органических поражениях головного мозга лобно-базальной локализации. При сравнительно нерезко выраженном и относительно стабильном интеллектуально-мнестическом снижении отмечаются явления расторможенности, пустого веселья, склонность к плоским шуткам, повышенное настроение, необоснованная эйфоричность (опухоли лобной области). При лобном варианте болезни Пика Д.с.м. может характеризоваться другой структурой – глубоким и неуклонным прогрессирующим интеллектуальным снижением и редуцированными, непродолжительными в течении болезни явлениями мории.

**Д. стабильная** – Д., остановившаяся в своем раз-

витии на длительное время на сниженном уровне интеллектуального функционирования, что возможно либо при ремиттирующем, с остановками, течении болезни (церебральный атеросклероз, некоторые энцефалиты), либо после регредиентной стадии Д., возникшей вследствие острой мозговой катастрофы.

Син.: Д. стационарная.

**Д. табетическая** – характеропатический вариант органического психосиндрома с умеренным интеллектуально-мнестическим снижением при спинной сухотке (глубокого слабоумия, как правило, не бывает). Аффективные изменения характеризуются как тенденция к дисфорически-подавленному или плоско-эйфорическому настроению. Наличие выраженной Д. заставляет думать о сочетании сухотки спинного мозга с прогрессивным параличом (табопаралич).

**Д. таламическая** [Grunthal E.] – наблюдается при органическом поражении дорзо-медиального ядра зрительного бугра. Характеризуется эмоциональной тупостью, утратой инициативы. Психопатологически неотличима от поражения конвекситатной поверхности лобных отделов головного мозга.

**Д. терминальная, марантическая** [Блейхер В.М., 1976] – является заключительной стадией Д. прогредиентной. Характеризуется полным распадом психической деятельности, психическим маразмом.

**Д. тотальная** – см. *Д. глобарная.*

**Д. травматическая** – развивается после черепно-мозговой травмы, в ее резидуальной стадии, и имеет разные типы течения: регредиентное, прогредиентное (последующее, по Т.Н. Гордовой [1973]). М.О. Гуревич [1948] описал глубокую, глобарного типа Д., развивающуюся непосредственно после травмы, протекающую с признаками двустороннего поражения лобных и нижнетеменных областей: апатико-абулический синдром, отсутствие инициативы, значительное ослабление памяти, акалькулия, аграфия, алексия, явления амнестической афазии, аграмматизм, оскудение речи. Развивается после тяжелых контузий. Такие псевдопиковские синдромы отличаются от болезни Пика остротой возникновения и стабильным (стационарным) течением.

**Д. травматическая пуэрильная** [Busemann A., 1950] – синдром посттравматической деменции, протекающей с явлениями пуэрилизма, нарочитой детской наивности, беззаботности. Характерны нарушения логического строя мышления, нарушения его цельности, последовательности. Отдельные суждения больных недостаточно взаимосвязаны и не соответствуют воспринимаемой действительности.

**Д. транзиторная** [Случевский И.Ф., 1959] – выделена при психических заболеваниях, протекающих

без грубой деструкции мозга (при шизофрении, затяжных инфекционных и поздних психозах). Автором характеризовалась как отличающаяся преходящей, колеблющейся выраженностью, наличием ремиссий. Такое понимание Д.т. противоречит основным общим критериям выделения Д. Правомерно понимание Д.т. как синонима Д. регредиентной, наступающей вследствие остро развивающихся и в значительной мере обратимых за счет функциональных их компонентов психических расстройств.

**Д. хореатическая** – наблюдается при хорее Гентингтона и отличается сравнительно медленным прогрессированием, превалированием характеропатических изменений (эксплозивность, усиление жизни влечений, капризность), редукцией, оскудением речи, ее аспонтанностью. Как правило, отсутствуют асемические (асимболические) проявления очагового характера, часто наблюдающиеся при пресенильных Д.

**Д. частичная** – см. *Д. парциальная.*

**Д. шизофреническая** – понятие спорное. Правомерность ее выделения не всеми признается. E. Bleuler [1911] понимал ее как Д. аффективную, при которой интеллектуальная недостаточность часто не соответствует степени трудности стоящей перед больным задачи (больной может разобраться в сложной философской статье, но не понимает, что

для того, чтобы выписаться из больницы, следует соблюдать определенные нормы поведения).

В исходных состояниях шизофрении наблюдается Д. органического типа (псевдоорганическое снижение интеллекта по В.А. Внукову, [1937]; синдром руинирования по А.О. Эдельштейну [1938].

Структура Д. оказывается особенно сложной в тех случаях шизофрении, когда эндогенный процесс оказывается как бы привитым на органически инсуффициентной почве (олигофрения, резидуальная органическая патология головного мозга).

**Д. эпилептическая** – развивается при эпилепсии. Характерны снижение уровня обобщения и отвлечения, вязкость, инертность мышления, общая прогрессирующая олигофазия, прогрессирующее снижение памяти. H. Gastaut [1975] отрицает правомерность выделения Д.э. на том основании, что ее развитие не всегда соответствует частоте припадков, а само возникновение Д. считает неспецифическим, патогенетически связанным с явлением отека мозга и ишемических поражений. Признавая роль этих факторов в генезе Д.э., следует учитывать ее специфическую клиническую картину и роль преморбидных эпилептоидных особенностей личности.

**Д. эретическая** – характерны повышенная раздражительность, возбудимость, назойливость, часто –

психомоторное возбуждение. Наблюдается при эпилепсии и некоторых формах энцефалитов.

**Демономания** (*греч. daimon* – божество, дух, *mania* – безумие, помешательство, страсть). Разновидность архаического бреда одержимости, характеризующаяся идеями о вселении в больного злого духа, демонов.

**Демонофобия** (*демон* + *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь дьявола, злого духа, нечистой силы. Как и архаический бред, наблюдается обычно у людей малокультурных, суеверных.

**Демофобия** (*греч. demos* – народ, толпа, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь скопления людей, толпы. Понятие, близкое к одному из вариантов понимания термина «агорафобия».

**Денлопа метод негативного воздействия** [Dunlop K., 1928]. Психотерапевтический метод, применяемый при тике, энурезе, мастурбации и т.п. Принцип метода: от дурной привычки можно избавиться, если многократно сознательно повторять то привычное действие, от которого больной хочет освободиться.

См. *Франкля метод парадоксальной интенции, Танцюры метод.*

**Денни-Брауна синдром** [Denny-Brown D., 1948]. Комплекс нервно-мышечных расстройств при некоторых формах рака, особенно при мелкоклеточном

бронхиальном раке. Характерны корково-мозжечковые симптомы (атаксия, нистагм, дизартрия, интенционный тремор, головокружения, в некоторых случаях – развитие деменции), периферические нервные расстройства (глухота, парестезии, потеря глубинных рефлексов), злокачественная астения. Эти явления могут длительное время скрывать истинную локализацию опухоли.

В развитии синдрома метастазирование роли не играет.

Син.: метакарциноматозная нейромиопатия Юлингера [Uhlinger E., 1957], карциноматозная нейромиопатия Брейна-Хенсона [Brain W.R., Hanson R.A., 1958].

**Деперсонализация** *(де + лат. persona* – особа, личность) [Dugas L., 1898]. Нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств. Выраженность Д. колеблется от приглушенности, блеклости самосознания до полного отчуждения мыслей, чувств, представлений, воспоминаний и др., переживаемых больным как сделанные извне. В таком виде Д. близка к синдрому психического автоматизма Кандинского–Клерамбо. А.А. Меграбян [1972, 1975] характеризует Д. как синдром отчуждения и придает ей решающее значение в патогенезе психических нарушений при шизофрении. Д. наблю-

дается в виде самостоятельного синдрома при различных психических заболеваниях: в частности, Ю.Л. Нуллер [1981] придает ей особое значение в формировании депрессивных фаз МДП, выделяя случаи, когда Д. оказывается единственным синдромом, полностью определяющим клиническую картину болезни. Входит она и в структуру других синдромов, например, дисморфомании [Коркина М.В., 1985]. Ю.Л. Нуллер сближает Д. с понятием болезненной психической анестезии.

**Д. бредовая** – Д. вследствие обусловленных бредом изменений самосознания. Крайние полюса Д.б. – при мегаломаническом бреде величия или при бреде самоуничижения.

**Д. депрессивная** – см. *Депрессия анестетическая.*

**Депо-препараты** *(фр. depot* – склад, хранилище, лат. *depositio* – вклад). Лекарственные препараты (в психиатрии – психотропные средства) продленного действия. Показаны для амбулаторного поддерживающего лечения, так как больные часто либо нерегулярно принимают лекарства, либо вовсе прекращают их прием. Способствуют установлению более стабильной концентрации препарата в организме, облегчают организацию проведения поддерживающей терапии. Продленное действие обусловлено гидрок-

сильным радикалом. Продолжительность эффекта зависит от того, с какой карбоновой кислотой соединено действующее вещество, и составляет от 10 до 28 суток. Широко используются модитен-депо (фторфеназина деканоат), галоперидол-депо (галоперидола деканоат), пипортил, флушпирилен (ИМАП), пенфлюридол (семап).

Син.: дюрантные препараты, пролонгированные препараты.

**Деправация алкогольная** *(лат. depravatio*– искажение). См. *Деградация алкогольная.*

**Депрессивные эквиваленты.** См. *Эквиваленты депрессивные.*

**Депрессия.** Синдром, характеризующийся пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами (см. *Протопопова триада).* По А.В. Снежневскому [1983], Д. присущи такие когнитивные свойства, как отрицательная, уничтожающая оценка собственной личности, внешнего мира и будущего. Депрессивные состояния отличаются большим многообразием и распространенностью. Схематически выделяют девять основных клинических вариантов Д., объединяе-

мых в три группы [Kielholz P., 1970]:

1) *соматогенные* Д *.* – органическая и симптоматическая;

2) *эндогенные* – шизофреническая, циркулярная, периодическая, инволюционная;

3) *психогенные* – невротическая, истощения, реактивная.

Это деление в известной мере условно, так как существуют Д., промежуточные между эндогенными и психогенными или психогенными и соматогенными. Нередко Д., начинаясь психогенно или соматогенно, в дальнейшем витализируется, то есть приобретает свойства эндогенной.

**Д. абортивная** – Д. состояния, при которых в структуре психопатологического синдрома Д. не достигает большой выраженности. Наблюдается в клинике соматогенных психозов, неврозов, шизофрении, при латентных Д., циклотимии.

Син.: субдепрессия.

**Д. адинамическая** – Д. с преобладанием вялости, апатии, безучастности (ослабления побуждений).

Син.: Д. апатическая, Д. энергическая.

**Д. ажитированная** – сопровождается длительным речедвигательным возбуждением, вплоть до неистовства. Д. усложняется аффектом тревоги, страха. В таких случаях говорят о Д. тревожно-ажитированной

или об ажитированной Д. со страхом. Часто возникают сложные формы депрессивного бреда (бред Котара).

**Д. алкогольная** – наблюдается у больных алкоголизмом в состоянии абстиненции, включает в себя компоненты дисфории (эмоциональная неуравновешенность, слезливость).

**Д. «альтруистическая»** – характерен феномен проекции Д. [Блейхер В.М., Крук И.В., 1986]. Не только себя, но и некоторых окружающих, особенно из числа близких и родственников, больной воспринимает как страдальцев, достойных сочувствия и жалости. Такая проекция наблюдается при самых различных степенях Д. – от легкой, циклотимической, до более тяжелой, параноидной, и может явиться одним из психологических факторов, способствующих расширенным суицидам.

**Д. амбивалентная** [Minkowski E., 1930] – Д., протекающая с явлениями амбивалентности.

**Д. анаклитическая** [Spitz R., 1946] – синдром, развивающийся у новорожденных и грудных младенцев в связи с их изоляцией от матери: например, в связи с помещением ребенка в больницу без матери или при направлении его в дом ребенка. Обычно Д. возникает после трех месяцев разлуки, ее причиной считают отсутствие тех аффективно насыщен-

ных взаимоотношений, которые возникают между матерью и ребенком после его рождения. Чаще наблюдается в возрасте после 6 месяцев, когда привязанность ребенка к матери оказывается уже полностью сформированной. Патогномоничными считаются такие признаки, как печальная внешность ребенка, его аутичность, апатия, психомоторная заторможенность, отсутствие чувства удовольствия, повышенная раздражительность. Характерны широко раскрытые глаза ребенка, безучастное выражение лица, трудность установления с ребенком контакта, ряд психосоматических признаков (нарушения суточного ритма сна и бодрствования, нарушения сосания, явления диспепсии, иногда эпизодическое повышение температуры тела). При восстановлении контакта с матерью отмечается обратимость симптомов Д.а.

**Д. ананкастическая** [Lauter H., 1962] – эндогенная депрессия, характеризующаяся смешением ананкастической и депрессивной симптоматики. Ананкастическая симптоматика рассматривается как выявление и заострение преморбидных черт психастенического характера. Отличается относительно более длительным течением. Оживление навязчивых состояний при циркулярной депрессии у психастеников описывали, не выделяя эти случаи в качестве отдельной формы, С.А. Суханов и П.Б. Ганнушкин [1903]. Ак-

туализация навязчивостей при депрессии рассматривается как проявление смешанного состояния и характерного для него сочетания тревожности с отсутствием торможения [Bonhoeffer К., 1913; Озерецковский Д.С., 1950].

**Д. ангедоническая** – Д., протекающая с ангедонией (потерей чувства радости, наслаждения).

**Д. анестетическая** – Д., протекающая с симптомами болезненной психической анестезии – мучительного бесчувствия, переживания внутренней опустошенности, утраты чувств к близким, исчезновения эмоционального резонанса.

**Д. анксиозная** [Lopez-Ibor J.J., 1959] – Д., протекающая с выраженным чувством страха.

Син.: ангсттимопатия *(нем. Angst* – страх, *греч. thymos* – настроение, *pathos* – болезнь, страдание).

**Д. астеническая** – Д., протекающая с выраженной астенией, явлениями психического и физического истощения, гиперестезии.

**Д. без депрессии** – см. *Д. маскированная.*

**Д. биполярная** – особая форма течения МДП, при которой депрессивная и маниакальная фазы чередуются одна с другой без светлого промежутка [Peters U.H., 1977]. Начало в возрасте 15-20 лет, главным образом у преморбидно циклотимных личностей. Фазы частые. Правильнее говорить о биполярной фазе.

**Д. бредовая** [Peters U.H., 1967] – Д., маскируемая бредом. Характерно отсутствие галлюцинаций. Бредовые идеи преследования, отношения в сочетании с идеями самообвинения. Депрессивные симптомы: субъективное ощущение заторможенности мышления, расстройства сна, навязчивое мудрствование в утренние часы, чувство безнадежности и страха перед будущим, соматические признаки (похудение, потеря аппетита, чувство физической слабости, истощения и т.д.). Суточные колебания настроения отсутствуют. Первая фаза обычно наблюдается в среднем возрасте. Длительность фазы от 3 до 6 месяцев. Выраженные суицидальные тенденции.

Син.: Д. параноидная.

**Д. брюзжащая** – см. *Д. ворчливая.*

**Д. вегетативная** [Lemke R., 1949] – вариант эндогенной Д., при котором дистимическое расстройство настроения отодвигается на второй план жалобами на вегетативные дисфункции. Характерны чувство давления в области груди и головы, удушье, головокружение, головная боль, бессонница, снижение потенции. Больные воспринимают свое состояние как соматическое заболевание, а не как депрессию. Одна из форм маскированной депрессии.

**Д. витальная** [Schneider K.] – Д., протекающая с переживанием глубокой, предсердечной тоски, сочета-

ющейся с подавлением жизненных инстинктов, явлениями болезненной психической анестезии. Термин используется также для обозначения эндогенной Д. в общем смысле.

**Д. ворчливая** – Д. с преобладанием чувства недовольства окружающими людьми и обстановкой, своим положением, с постоянным брюзжанием, угрюмым настроением, чувством неприязни ко всему происходящему вокруг.

**Д. галлюцинаторно-параноидная** – сопровождается вербальными галлюцинациями, иллюзиями и бредовыми идеями обвинения, угрозы, преследования. Чаще наблюдается в пожилом возрасте.

**Д. дистимическая** [Weitbrecht H.J., 1952] – своеобразные депрессивные состояния, возникающие в связи с психогенией или соматогенией (особенно часто в возрасте после 40 лет) и напоминающие по клинической картине эндогенные депрессии. Они занимают как бы промежуточное положение между реактивными и эндогенными депрессиями. Нозологическая принадлежность Д.д. представляется дискуссионной.

В анамнезе – отсутствие настоящих маниакальных и депрессивных фаз, черты повышенной эмоциональной лабильности.

Син.: эндореактивная дистимия Вайтбрехта, эндореактивная Д. Вайтбрехта.

**Д. дисфорическая** – Д. со злобностью, мрачной раздражительностью и чувством неприязни к окружающему.

**Д. заторможенная** – Д. с особенно выраженными двигательным торможением, замедленным мышлением», при усилении которых может наблюдаться депрессивный ступор.

**Д. застывающая** [Medow W., 1922] – эндогенная Д. инволюционного возраста с особой выраженностью в клинической картине чувства страха. Наклонность к хроническому течению. Часто возникает у конституциоально-депрессивных личностей. Основные симптомы – депрессия, страх, беспокойство, ипохондрические переживания, перерастающие в ипохондрический бред (см. *Заттеса ипохондрические депрессии)* или бред самоуничижения.

При длительном течении – кататоноподобные симптомы (бездеятельность, мутизм, брадикинезия).

**Д. инволюционная.** Психическое заболевание пожилого и престарелого возраста, включающее в себя ранее выделявшиеся раздельно Д. предстарческую и старческую. Характерны выраженная тревога, страх, бредовые идеи самообвинения, обвинения, самоуничижения, ущерба, обкрадывания, ипохондрические, бред Котара. Рассматривается как эндогенная депрессия инволюционного периода. Дифферен-

цируется с атипичным монополярным течением МДП, дебютирующим в позднем возрасте, хотя некоторыми исследователями это разграничение считается условным и Д.и. трактуется как вариант циркулярной Д.

Син.: меланхолия инволюционная.

**Д. инициальная** – начинающаяся эндогенная Д. Отличается нерезко выраженной симптоматикой, главным образом бессонницей, утратой живости, неприятными ощущениями со стороны внутренних органов (сердца, желудка). Диагностика вначале трудна и облегчается лишь с течением заболевания и усилением выраженности признаков. Может наблюдаться и в качестве инициального симптома шизофрении.

**Д. ипохондрическая** [Sattes H., 1955] – форма эндогенной депрессии с выраженным ипохондрическим симптомокомплексом. Тенденция к затяжному (больше года) течению. Ипохондрические идеи носят характер сверхценных или бредовых и доминируют в клинической картине. Чаще всего болеют женщины. В преморбиде отсутствуют черты тревожной мнительности, в трети случаев – депрессивные фазы в прошлом. Преобладает локализация ощущений в желудке и голове. Заторможенность отсутствует. Наличие характерных для циклотимической депрессии соматических расстройств. Большинство больных отлича-

ется астеническим (а не пикническим, как при циркулярных депрессиях) телосложением. Ипохондрические переживания связываются с переработкой реальных ощущений, вызванных вегетативными нарушениями. По H.J. Weitbrecht [1951], ипохондрические симптомы при эндогенных депрессиях в позднем возрасте вообще обнаруживают тенденцию к учащению.

**Д. ироническая** – Д., характеризующаяся скорбной улыбкой в сочетании с горькой иронией по отношению к своему состоянию при выраженной угнетенности настроения и чувстве полной безнадежности своего состояния. Часты суицидальные поступки.

Син.: Д. улыбающаяся.

**Д. истерическая** [Eisenmann G., 1967; Spiegelberg H., 1968] – видоизменение клинической картины эндогенной депрессии включением в нее выраженной истерической симптоматики, которая обусловлена преморбидными характерологическими особенностями больного. Не является синонимом психогенно-истерической депрессии, так как истерическая симптоматика здесь выявляется в связи с эндогенными факторами.

**Д. истощения** [Kielholz P., 1957] – своеобразная форма депрессивных развитии в связи с длительным эмоциональным перенапряжением или многократными психическими травмами (повторяющимися

конфликтами в семье или на работе). Характерно печально-боязливое или мрачно-апатическое настроение в сочетании с проявлениями декомпенсации симпатико-адреналовой системы. Д. предшествуют продромальные стадии – гиперстенически-астеническая и психосоматическая с многочисленными вегетодистоническими проявлениями и жалобами на нарушения функции внутренних органов [Beck D., 1962]. Тенденция к витализации и развитию тревожно-ипохондрической симптоматики. Чаще заболевают женщины сенситивно-астенического склада, с чертами инфантильности и лептосомной конституцией, в возрасте от 30 до 50 лет. Больные мужчины преморбидно характеризуются как педантичные, самолюбивые, эгоцентричные. Понятие, близкое к Д. астенической.

Син.: Д. эксгаустивная *(лат. ex* – удаление, лишение чего-либо, отсутствие чего-либо, *haustio* – черпать).

**Д. климактерическая.** Одно из определений Д. инволюционной. Термин неправомерен, так как в нем преувеличена роль климакса, являющегося одним из составных компонентов и симптомов процесса инволюции.

**Д. конституциональная.** Склонность к длительным состояниям пониженного настроения со спадом жизненной активности, наблюдаемым у акцентуиро-

ванных и психопатических личностей гипотимического склада, у конституциональных астеников.

**Д. латентная** [Lange J., 1928]. Разновидность эндогенного депрессивного состояния, при котором гипотимия маскируется преобладающими в клинической картине соматическими и вегетативными симптомами, а также психопатологическими признаками другого, не депрессивного регистра (навязчивости, наркоманические приступы). Собственно аффективные депрессивные симптомы при этом оттесняются на второй план, что создает значительные трудности в диагностике ларвированных депрессий.

Основные синдромы Д.л. [Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т., 1978]: алгически-сенестопатический, абдоминальный, кардиалгический, цефалгический, паналгический, агрипнический, диэнцефальный (вегетовисцеральный, вазомоторно-аллергический, псевдоастматический), обсессивно-фобический, наркоманический.

Понятие, близкое к циклосомии.

Син.: Д. ларвированная, Д. маскированная, Д. соматизированная.

**Д. «лишенных корней»** – реактивная Д., наблюдающаяся у военнопленных, заключенных, узников концлагерей. Характерно длительное течение с депрессивно-фобическими переживаниями, астенией,

снижением побуждений, утратой трудоспособности. Один из факторов повышенной смертности среди этих контингентов людей.

Ср.: KZ-синдром.

**Д. маскированная** – *см. Д. латентная.*

**Д. матовая** – Д. с нерезкой выраженностью основных симптомов, отмечается лишь легкая подавленность настроения. Понятие, близкое к Д. циклотимической.

Син.: Д. мягкая.

**Д. монополярная** – периодически наступающие эндогенные депрессивные состояния, разделенные «светлыми промежутками». Маниакальные или гипоманиакальные проявления отсутствуют. Относится к атипично протекающему МДП, однако K. Leonhard [1954] выделялась как самостоятельный аффективный психоз – фазовая Д. Характерны длительные и одинаковые интервалы между фазами: например, фазы могут повторяться каждые 10 лет.

Син.: Д. периодическая, Д. ремиттирующая.

**Д. монофазная** – эндогенная Д., наблюдающаяся лишь один раз в жизни больного.

**Д. мотивированная** – см. *Д. реактивная.*

**Д. мягкая** – см. *Д. матовая.*

**Д. невротическая** [Foelkel H., 1959] – Д., протекающая на невротическом, а не на психотическом уров-

не. В отечественной литературе рассматривается как этап невротического развития [Лакосина Н.Д., 1971] либо как неврастеническая депрессия [Свядощ А.М., 1971].

Требует дифференциальной диагностики с затяжными циклотимическими Д.

**Д. нейролептическая** – одно из осложнений при лечении нейролептиками. В генезе Д.н. играют роль такие факторы, как депрессогенный эффект самих нейролептиков [Авруцкий Г.Я., 1962], усиление имевшего место до проведения лечения депрессивного компонента в клинической картине [Невзорова Т.А., 1959; Жислин С.Г., 1962], расщепление, «расслоение» депрессивно-параноидных синдромов – редуцируется галлюцинаторно-бредовая симптоматика, но остается и усиливается сопутствующая ей депрессивная симптоматика [Снежневский А.В., 1961; Морозова Т.Н., 1961]. Д.н. возникает на фоне экстрапирамидных расстройств, акатизии, носит витальный характер, протекает с идеями самообвинения. Часты суицидальные попытки, в генезе которых играет роль и психологический фактор – страх перед повторением психотического состояния. Длительность Д.н. – от нескольких месяцев до 1,5 лет. Особенно часты Д.н. при лечении аминазином и резерпином.

**Д. освобождения** [Burger-Prinz H., 1950] – возника-

ет после прекращения длительного психического напряжения, тяжелых переживаний, волнений. Депрессивное состояние типа эндореактивной Д. (дистимии) Вайтбрехта.

**Д. отчуждения** – Д. с особой выраженностью в клинической картине деперсонализационно-дереализационного синдрома. Состояние, близкое к Д. анестетической. Депрессивно-деперсонализационные фазы отличаются затяжным течением [Барштейн Е.И., Нуллер Ю.Л., 1975].

**Д. пантофобическая** – понятие, близкое к Д. ананкастической. Характерно многообразие фобических переживаний.

**Д. параноидная.** См. *Д. бредовая.*

**Д. паралитическая** – наблюдается при относительно редкой депрессивной форме прогрессивного паралича. Протекает с заторможенностью, депрессивными бредовыми идеями, суицидальными попытками. Наблюдаются депрессивно-ипохондрические состояния, нигилистически-ипохондрический бред Котара. Суицидальные тенденции и состояния тревожного возбуждения особенно часты при тревожных Д.п. [Штернберг Э.Я., 1983]. В ряде случаев, при эндогенном предрасположении, Д.п. протекает циклически [Bostroem A., 1930].

**Д. перенапряжения** – см. *Д. истощения.*

**Д. периодическая** – см. *Д. монополярная.*

**Д. почвы** [Schneider K., 1949, 1955] – депрессивные состояния, характеризующиеся грустно-подавленным настроением, беспричинно возникающие из «почвы», «подосновы» и не служащие проявлением циклотимии или циркулярного психоза. В содержании депрессий не играют роли провоцирующие переживания. Речь идет о чисто аффективных расстройствах, о колебаниях настроения, возникающих на неизвестной нам биологической почве, хотя иногда и спровоцированных психогенно. Чаще всего они наблюдаются в амбулаторной психиатрической практике, не требуют стационарного лечения. Такого рода Д. не являются предметом переживаний, отмечаются главным образом у нормальных людей и, особенно, у психопатических личностей. Понятие Д.п. близко к выделенным П.Б. Ганнушкиным [1933] конституционально-депрессивным психопатиям и дистимически-депрессивному типу акцентуации личности по K. Leonhard [1968].

**Д. пресенильная** – см. *Д. инволюционная.*

**Д. пресенильная злокачественная** [Kraepelin E., 1912] – начинается преимущественно в предстарческом возрасте, однако известны случаи заболевания после 30 лет. Характеризуется сочетанием атипичной, злокачественно протекающей депрессии с ката-

тоническими симптомами (без негативизма) и органическим психосиндромом, нарастающим слабоумием. Тревожно-ажитированная меланхолия сопровождается растерянностью, речевой бессвязностью и онейроидным помрачением сознания. Смерть в течение года (по Э.Я. Штернбергу, при применении нейролептиков отмечается более благоприятный прогноз). Морфологически – атрофия нервных клеток верхних трех слоев коры большого мозга, часто оказываются пораженными полосатые и миндалевидные тела, зубчатые ядра. Относится к пресенильным деменциям. Этиология неизвестна.

Син.: болезнь Крепелина.

**Д. провоцированная** – эндогенная Д., возникающая в связи с психогенно-травмирующими факторами со скорым проявлением витализации. В анамнезе этих больных можно установить наличие редуцированных аффективных фаз, склонности к колебаниям настроения. У части больных впоследствии наблюдается типичная картина МДП.

**Д. простая** – типичный и наиболее частый вариант эндогенной циркулярной Д., по своей выраженности занимает промежуточное положение между Д. циклотимической и бредовой [Пападопулос Т.Ф., 1971]. Основное проявление – гипотимия, сочетающаяся с угнетением витальных побуждений. Депрес-

сивный бред отсутствует. Отмечаются суточные колебания настроения.

**Д. психогенная** – см. *Д. реактивная.*

**Д. реактивная** – характерны психогенное происхождение, депрессивный синдром с аффектом тоски и общей психомоторной заторможенностью [Иммерман К.Л., 1988]. Возможны астенические, истерические и параноидные включения. Суточные колебания настроения отсутствуют, тоска не носит характера витальной. В переживаниях больных звучит психогенно-травмирующая ситуация. Благоприятный прогноз, но возможны затяжное течение и витализация.

**Д. с возбуждением** [Kraepelin E., 1896] – разновидность смешанных состояний (см.). Пониженное настроение и угнетение мыслительных процессов сочетается с повышенной деятельностью.

**Д. сенильная** – см. *Ц. инволюционная.*

Син.: Д. старческая.

**Д. симптоматическая** – Д., возникающая при органических поражениях головного мозга и различных заболеваниях внутренних органов. В более широком понимании – все Д., за исключением эндогенных.

**Д. слезливая** – Д., сочетающаяся со слабодушием, слезливостью. Часто наблюдается при сосудистых заболеваниях головного мозга.

**Д. «смены места проживания»** – Д., наблюдаю-

щаяся главным образом в геронтопсихиатрической практике при перемене пациентами привычных квартиры, места проживания (квартала, улицы). Особенно легко возникает у одиноких стариков, которые не в состоянии перенести ломку стереотипов.

**Д. соматогенная** – Д., возникающая в связи с каким-либо заболеванием внутренних органов. В большинстве случаев Д. сочетается с астенией. В ее генезе могут играть роль реактивные моменты (реакция личности на соматическую болезнь и вносимые ею изменения в социальный статус больного). Иногда Д.с. в дальнейшем углубляется, витализируется, однако чаще всего она протекает на непсихотическом уровне, в рамках неврозоподобных состояний.

**Д. со скачкой идей** [Kraepelin E., 1896] – разновидность смешанных состояний (см.). Депрессивный аффект и двигательная заторможенность сочетаются с ускоренным мышлением, скачкой идей.

**Д. сосудистая.** К депрессивным состояниям сосудистого генеза Э.Я. Штернберг [1983] относит реактивно или астенически окрашенные депрессивные состояния начального периода церебрального атеросклероза, а также неглубокие, нечетко очерченные, со склонностью к протрагированному течению и колебаниям в интенсивности-депрессивные состояния на более поздних этапах заболевания. Для них ха-

рактерны эмоциональная лабильность, наклонность к дисфориям, слезливое настроение, обилие соматических и ипохондрических жалоб, головные боли, головокружения, снижение памяти. При гипертонической болезни отмечаются острые тревожно-депрессивные состояния со страхом [Озерецкйй Н.И., 1958].

**Д. страха** – Д. с преобладанием в клинической картине немотивированного чувства страха, постоянного беспокойства, необъяснимого ощущения угрозы, опасности для больного и его близких.

Син.: анксиозная Д.

**Д. ступорозная** – Д. с выраженной мыслительной и двигательной заторможенностью, достигающей степени ступора.

**Д. тревожная** – Д., в клинической картине которой преобладает симптоматика тревоги. Характерно постоянное тягостное ожидание несчастья, которое, по убеждению больного, совершенно неотвратимо ждет его. Часто сочетается с идеями виновности, греховности, но иногда воспринимается больными как незаслуженная беда, проявление присущей больному невезучести, рокового стечения обстоятельств. Явления двигательного и речевого возбуждения, ламентации, при углублении тревоги – ажитация.

**Д. улыбающаяся** – см. *Д. ироническая.*

**Д. фона** [Schneider K., 1949] – реактивные по сво-

ему происхождению депрессивные состояния, возникающие на соматически неблагоприятном фоне (в период менструаций, во время климакса, при наличии соматогенной астении и т.п.). Наличие такого рода фона биологических и других соматических изменений придает Д. особую выраженность. Рассматривается как одна из форм Д., занимающих промежуточное положение между эндогенными, реактивными и соматогенными.

**Д. циклотимическая** – 1. Самая легкая форма Д. циркулярной. 2. Субдепрессивное состояние, фаза циклотимии, понимаемой как облегченный вариант течения МДП. 3. В зарубежной, особенно немецкоязычной, психиатрической литературе – понятие, эквивалентное, тождественное депрессивной фазе МДП.

Ю.В. Каннабих [1914], представлявший циклотимию как рудиментарную форму МДП, в течении ее депрессивной фазы различал следующие синдромы: 1) гипотимический, в котором основную роль играет пониженное настроение, выступающее в чистом виде, лишенное интеллектуального содержания («непродуктивная депрессия»); 2) апатический – бездеятельность, снижение интереса к окружающему, вялость, апатия; 3) астенический – на первый план выступают переживания астенического характера, определя-

ющие самочувствие больного; 4) ипохондрический; 5) психастенический; 6) наркоманический синдром, для которого характерны дипсоманические приступы.

**Д. циркулярная** – Д., представляющая собой депрессивную фазу МДП. По степени выраженности Д.ц. разделяется [Пападопулос Т.Ф., 1970] на циклотимические, неглубокие (субдепрессии); простые (наиболее частые и типичные); бредовые, особенно часто наблюдающиеся в пожилом возрасте; меланхолическую парафрению, наблюдающуюся преимущественно в пожилом возрасте и отличающуюся фантастическим характером бредовых идей вплоть до синдрома Котара.

**Д. «эгоистическая»** – Д., которой не присущ феномен проекции. Окружающие представляются больному людьми чрезмерно благополучными, что по контрасту способствует усилению у него интенсивности депрессивных переживаний.

Ср.: Д. «альтруистическая».

**Д. экзистенциальная** [Haufner H., 1954] – депрессивные состояния, в которых при типичной клинической картине эндогенной витальной депрессии отмечаются компоненты, выступающие как проявления реактивной депрессии, своеобразное «отчаяние по поводу самовыпадения» из нормальных межличностных взаимоотношений. Это переживание нарушен-

ных межличностных отношений является существенным фактором часто наблюдающегося при эндогенных депрессиях чувства виновности.

**Д. эндогенная** – термин для обозначения депрессивных состояний, наблюдающихся при эндогенных психических заболеваниях – МДП, шизофрении, в рамках инволюционных функциональных психозов (инволюционная депрессия).

**Д. эндореактивная** – см. *Д. дистимическая.*

**Депривация** *(англ. deprivation* – лишение, утрата). В медицине: недостаточность удовлетворения каких-либо потребностей организма.

**Д. двигательная** – недостаточность двигательной активности в связи с ограничением пространства, образом жизни и т.п.

**Д. материнская** – недостаточность контактов с матерью, особенно в раннем детстве. Приводит к аффективным невротическим и психотическим расстройствам – анаклитической депрессии [Spitz R., 1946]; является одним из важных факторов этиологии ранней детской шизофрении [Leonhard K., 1986].

**Д. половая** – см. *Абстиненция половая.*

**Д. сенсорная** – лишение необходимой для жизнедеятельности информации, часто играющее важную роль в патогенезе психических расстройств, например, галлюциноза типа Шарля Бонне.

**Д. социальная** – недостаточность контактов с окружающей средой, накладывающая отпечаток на психическое развитие (синдромы Каспара Хаузера, Маугли) или нарушающая сложившиеся ранее механизмы социальной адаптации: например, экзистенциальная депрессия [Haufner H., 1954], тяжелые невротические состояния в связи с уходом на пенсию, потерей близких и т.п.

**Депривациясна.** Терапия лишением сна. Применяется главным образом при депрессивных состояниях – в начальных стадиях эндогенных депрессий и при терапевтически резистентных депрессиях. Д.с. может быть тотальной (36-40 часов бодрствования) и частичной (18-20 часов без сна в течение суток). Менее курабельны тревожно-депрессивные состояния, сенестопатически-ипохондрические и деперсонализационные расстройства, лучший терапевтический эффект отмечается при наличии в структуре депрессии вялости, апатии, заторможенности.

**Депсихопатизация** *(де + греч. psyche* – душа, *pathos* – страдание). Устранение склонности к формам психопатического реагирования, форма компенсации психопатической личности с известным восстановлением гармоничности личностной структуры. Наблюдается в подростковом возрасте при наличии положительных микросоциальных условий или по-

явлении новых компенсаторных возможностей [Кербиков О.В., 1962; Личко А.Е., 1983] и в пожилом возрасте, также в связи с благоприятными социально-психологическими условиями и из-за «растворения» прежних патохарактерологических свойств личности нерезко выраженными сосудистыми изменениями [Семке В.Я., 1965, 1980].

**Дереализация** *(де + лат. realis* – вещественный). Психопатологическое состояние, характеризующееся тягостным переживанием утраты реальности с окружающим миром. Часто сочетается с деперсонализацией (деперсонализационно-дереализационный синдром).

**Дереизм** *(де + фр. realite* – реальность). Склонность к мечтательности, фантазированию, отрыв от реальности.

Син.: аутизм.

**Деркума болезнь** [Dercum F.X., 1888]. Патологическое ожирение с неравномерным развитием и болезненностью подкожной жировой клетчатки. Наступает чаще у лиц среднего и пожилого возраста, преимущественно у женщин. В клинике – нейроэндокринные, вегетососудистые и нейротрофические расстройства, нарушения сна и бодрствования, астения, депрессия, ухудшение памяти. Иногда развивается деменция. В редких случаях отмечаются параноид, психомотор-

ное возбуждение. Часты неврозоподобные проявления. В патогенезе основное значение придается поражению высших отделов ЦНС с изменением периферических нервных образований и вторичным нарушением функции ряда эндокринных желез, особенно щитовидной и гипофиза. Имеются указания на исключительное значение в патогенезе синдрома диэнцефальных расстройств, проявляющихся в сочетании дезинтеграции восходящих и нисходящих влияний ретикулярной формации ствола головного мозга и гипоталаморетикулярных связей [Эмануэль В.Я., Скорынина И.Я., 1973]. Известна этиологическая роль нейроинфекционных и интоксикационных факторов, наследственной предрасположенности (предположительно аутосомно-доминантный тип передачи).

Течение длительное, прогредиентное, возможны кратковременные ремиссии.

Син.: адипозалгия, липалгия, болезненный липоматоз, болезненное ожирение, Деркума синдром.

**Дерматомания** *(греч. derma* – кожа, *mania* – страсть, помешательство, безумие). Непреодолимое влечение к самоповреждению кожных покровов, выдергиванию волос, кусанию ногтей.

**Дерматопатофобия** *(дерма (то) + греч. pathos* – болезнь, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заболеть кожной болезнью.

Син.: дерматофобия.

**Дерматотлазия** *(дерма (то) + греч. thlasis* – раздавливание, разминание, дробление). Навязчивое стремление вызывать у себя раздражение кожи, разминая, растирая, расчесывая или расщипывая ее.

**Дермографизм** *(дерма + греч. grapho*– писать, изображать). Феномен, проявляющийся изменением окраски кожи вследствие нанесения механического штрихового раздражения. По характеру Д. можно судить о некоторых особенностях деятельности вегетативной нервной системы. Так, Д. белый появляется вследствие спазма капилляров в ответ на раздражение; возвышенный возникает при повышенной проницаемости стенок капилляров (возвышающиеся над кожным рельефом красные полосы); красный свидетельствует о расширении капилляров; местный или разлитой различаются по соответствию зоны Д. месту нанесения раздражения; в основе Д. рефлекторного (он представлен широкой полосой чередующихся белых и красных пятен с неровными краями) лежит спинальный вазомоторный рефлекс; уртикарный (или эксфолиативный) проявляется волдырями и обусловлен повышенной проницаемостью стенок сосудов.

**Десоматизация** *(де + греч. soma* – тело). Вариант деперсонализации, близкий к нарушениям схемы тела. Тело субъективно воспринимается как бесплот-

ное. Личность как бы существует только в психическом смысле, лишенном физического, телесного субстрата. Переживания эти крайне тягостно воспринимаются больным, часто депрессивно окрашены.

**Деструдо** *(фр. destructif* – разрушительный, губительный) [Weiss E.]. Психоаналитический термин, созданный по аналогии с либидо и обозначающий присущую человеку тенденцию, влечение к смерти.

**Детериорация эмоциональная** *(фр. deterioration* – ухудшение, упадок). Вид психического дефекта, качественное ухудшение психической деятельности, главным образом снижение эмоциональной сферы, остающееся после психотических приступов. Утрачивается эмоциональная живость, появляется вялость, безучастность, безынициативность. Д.э., наступающая после энцефалитов, нередко характеризуется потерей моральных свойств.

**Детерминизм** *(лат. determinare* – определять). Философская концепция об объективной закономерной взаимосвязи и причинной обусловленности всех процессов и явлений природы. Д. противостоит индетерминизму, отрицающему всеобщий характер причинности. В психологии и психиатрии причинно-следственные отношения нередко оказываются сложными, опосредованными. Принцип Д. неотделим от деятельностного подхода к изучению психики. В совет-

ской психологии разработаны трактовки Д. как следствия «действия внешних причин через внутренние условия» [Рубинштейн С.Л.] и «внутреннего через внешнее» [Леонтьев А.Н.].

**Детоксикация экстракорпоральная.** В психиатрии: метод общебиологического воздействия. Использует принцип сорбционной детоксикации – очищение биологических жидкостей путем экстракорпоральной перфузии через активированные угли и синтетические сорбенты. Наиболее распространена гемосорбция, применяемая главным образом при психозах, в патогенезе которых важную роль играет интоксикация. Получены положительные результаты при фебрильной шизофрении, злокачественном нейролептическом синдроме.

**Детоубийство.** Чаще всего речь идет об убийстве матерью ребенка во время родов или сразу после рождения. При умышленном Д., доказанном судебно-медицинской экспертизой, мать чаще всего подвергается судебно-психиатрической экспертизе для определения ее вменяемости на момент совершения преступления. При предположении о наличии психической патологии назначается комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

**Детронирование** *(де + греч. thronos* – трон, престол). Термин введен психоаналитиками для обозна-

чения переживаний ребенка в связи с рождением младшего брата или сестры. Болезненно переживаемая утрата роли кумира семьи сравнивается с изгнанием с престола и рассматривается в аспекте ортодоксального психоанализа как одна из ранних психогенных травм, являющихся причиной развития детских неврозов.

**Дефект** *(лат. defectus* – отпадение, убывание, недостаток). Резидуальные психические изменения, в первую очередь личностные, вследствие перенесенного психотического состояния. Возникает при шизофрении, органических поражениях головного мозга, носит специфические для ряда психических заболеваний черты; например, при шизофрении характеризуется апатико-аутистическими изменениями с диссоциативными проявлениями в мышлении, после травм головного мозга Д. определяется церебрастеническим или церебропатическим синдромом с различной степени выраженности интеллектуально-мнестическими и характеропатическими проявлениями. Нередко особенности Д. зависят от формы течения психического заболевания: так, например, он значительно быстрее развивается и носит более грубый характер при приступообразно-прогредиентном, чем при рекуррентном, течении шизофрении.

**Дефектконституция комбинированная** [Mauz F.,

1937]. Относящаяся к иктафинной конституции типологическая группа, характеризующаяся помимо личностных эпилептоидных черт слабостью отдельных телесных систем (различные дисплазии, незаращение костных швов) и анатомической недостаточностью сосудистой системы.

См. *Конституция иктафинная.*

**Дефектология** *(дефект + греч. logos* – наука, учение). Педагогическая наука, изучающая особенности развития, обучения и воспитания детей с физическими и (или) психическими недостатками, разрабатывающая методы их лечения и социально-трудовой адаптации. Использует данные психоневрологичеких и психологических исследований.

**Дефектсиндром органический** [Wieck H.H., 1961]. Понятие, аналогичное органическому психосиндрому E. Bleuler. Определяется наличием необратимого дефекта психических функций, в первую очередь деменций, и характерологическими личностными изменениями.

**Дефектсиндром терминальный экстрапирамидный** [Haddenbrock S., 1964]. Вариант синдрома нейролептического. Наблюдается при длительном применении нейролептиков. Обусловлен нарушением дофаминергических рецепторов. Экстрапирамидные гиперкинезы не проходят при отмене препарата.

Иногда они впервые обнаруживаются при уменьшении дозировок. Характерны хореиформные гиперкинезы – высовывание языка, жевательные или чавкающие движения, гримасы, кивательные судороги, раскачивание верхней части туловища, ритмические движения таза, атетоидные судороги пальцев рук. Движения больных стереотипно повторяются.

**Дефицитарный тип формирования личности** [Ковалев В.В., 1976]. Вариант патологического формирования личности у детей с различными физическими дефектами (недостаточность зрения, слуха, порок сердца и т.д.). Ведущими в психогенезе являются реакция личности на осознание дефекта и явления социальной депривации, то есть изоляции от общества сверстников на фоне патологически измененной почвы – резидуальной органической патологии головного мозга, нарушений физического и полового созревания, сенсорных дефектов. Наиболее част тормозимый вариант личности с преобладанием астенических и псевдоаутистических черт характера, реже встречаются истероидный и ипохондрический варианты.

**Джеймса–Ланге периферическая теория эмоций** [James W., 1884; Lange C., 1885]. Психофизиологическая теория, связывающая появление эмоций с периферическими изменениями, возникающими сугу-

бо рефлекторно, без непосредственной реакции высших центров на внешние впечатления. Эмоция рассматривается как результат осознания периферических органических изменений – висцеральных, сосудистых, мышечных. Д.–Л.п.т.э. была, по сути своей, умозрительной, она не выдержала проверки экспериментальными исследованиями, однако правильно показала значение в генезе эмоций периферических изменений, вегетативных и висцеральных реакций; кроме того, она стимулировала возникновение ряда других нейрофизиологических теорий эмоций.

**Джекобсона метод прогрессирующей мышечной релаксации** [Jacobson E., 1928]. Психотерапевтический метод, основанный на произвольном расслаблении поперечнополосатых мышц в состоянии покоя. Релаксация достигается специальными гимнастическими упражнениями, чем этот метод и отличается от метода аутогенной тренировки Шульца, при котором релаксация является результатом самовнушения и основой для последующего самовнушения.

**Джексона зрительные галлюцинации** [Jackson J.H., 1876]. Отмечаются при эпилептической ауре или ее эквиваленте в форме сумеречных состояний.

**Джексона методика семейных отношений** [Jackson L., 1952]. Проективная личностная методика, предназначенная для исследования детей в воз-

расте от 5 до 12 лет. Обследуемому последовательно предъявляют 8 картинок, на которых представлены несложные семейные ситуации. Анализируются интерпретации ребенком этих картинок. При этом выявляются особенности восприятия обследуемым интерперсональных взаимоотношений в семье.

**Джексона Теория** [Jackson J.H., 1864]. Концепция локализации функции в нервной системе соответственно уровням – «низшему» (спинальному или стволовому), «среднему», определяющемуся деятельностью двигательных или сенсорных отделов коры большого мозга, и «высшему» (лобные отделы головного мозга).

Анатомо-физиологические уровни и соответствующие им функции ЦНС рассматриваются в связи с процессом эволюции. При заболеваниях нервной системы происходит распад ее интегративной деятельности – диссолюция. В результате этого психическая функция возвращается на более низкий уровень развития. В симптоматике, возникающей вследствие поражения головного мозга, различаются симптомы негативные (симптомы выпадения) и позитивные, обусловленные высвобождением низших отделов головного мозга из-под контроля высших. Д.т. сыграла важную роль в развитии представлений о динамической локализации функций в головном мозге, хо-

тя отдельные ее положения, например об уровневой организации функций, считаются устаревшими и не признаются в современной нейропсихологии.

**Джексона эпилепсия.** См. *Браве–Джексона эпилепсия.*

**Джелифа синдром** [Joliffe N., 1930]. Энцефалопатия при дефиците никотиновой кислоты: нарушение сознания (сонливость, дезориентировка), феномен зубчатого колеса в конечностях, гиперкинезы, пеллагроидные симптомы на коже и слизистых оболочках. При назначении никотиновой кислоты – быстрая редукция.

**Джонсона индекс** [Johnson W., 1944]. Показатель персеверации в речевой продукции, характеризующийся отношением количества разных слов речи обследуемого к общему числу слов. Низкий индекс свидетельствует о склонности к персеверации (например, при шизофрении).

**Диагноз** *(греч. diagnosis* – распознавание). Констатация изучаемого процесса, состояния, явления. В медицине – заключение о наличии заболевания, его причинах, степени выраженности, форме течения и сохранности защитных механизмов. Проводится на уровнях симптоматологическом, синдромологическом и нозологическом (см. *Корсакова–Щербака* и *Снежневского концепции нозологической специфич-*

*ности психопатологических синдромов).*

**Д. гипотетический.** См. *Д. предположительный.*

**Д. гистопатологический** – составная часть Д. анатомического, уточняемого гистологическим исследованием аутопсийного или биопсийного материала.

**Д. дифференциальный** – диагностический этап, на котором выдвигается предположение о ряде возможных диагностических суждений и путем сопоставления клинических и лабораторных данных отсеиваются гипотезы о внешне сходных по клинической картине заболеваниях.

**Д. нозологический** – сводится к определению болезни в рамках принятой нозологической классификации. Д.н. – это Д. болезни.

**Д. окончательный** – формулируется при окончании обследования, а также в связи с выпиской больного из стационара или летальным исходом.

**Д. патологоанатомический** – выставляется при смертельном исходе на основе материалов вскрытия и гистологического исследования.

**Д. предварительный** – формулируется еще до завершения обследования, намечает диагностическую тактику врача.

**Д. предположительный** – содержит первые диагностические предположения и проходит проверку в дальнейшем ходе диагностического процесса.

Син.: Д. гипотетический.

**Д. ретроспективный** – основан на дальнейших наблюдениях над больным, на изучении данных катамнеза.

**Д. судебно-психиатрический** – устанавливается специальной судебно-психиатрической экспертной комиссией по материалам изучения дела, данным клинического и лабораторного исследования больного; ориентирован на решение вопросов, поставленных следствием и судом, например, о дееспособности, вменяемости испытуемого и др.

**Д. функциональный** – помимо нозологического и этиологического критериев включает определение функции отдельных органов и систем (в психиатрии – психики), возможности их компенсации в процессе социально-трудовой реабилитации. Д.ф. – это Д. больного.

**Д. этиологический** – является составной частью Д. нозологического и отражает степень разработки роли этиологических факторов в нозологической систематике.

**Д. ex juvantibus** *(лат.* – основан на оценке эффективности лечения, проводившегося на основе Д. предположительного.

**Диагностика** *(греч. diagnostikos* – способный распознавать). Диагностический процесс. Учитываются

особенности диагностического мышления врача и значимость клинических признаков болезни, данных лабораторных исследований (биохимических, серологических, рентгенологических, электрофизиологических, патопсихологических и др.), роль социально-психологических, средовых и микросредовых факторов. Для последующего лечения и социально-трудовой реабилитации больного большое значение приобретает ранняя психиатрическая диагностика.

**Диазепамовый тест** [Нуллер Ю.Л., Точилов В.А., 1979, 1981]. Применяется для разграничения эндогенной депрессии, протекающей с тревогой, и «эндогенной» тревоги, сочетающейся с депрессивным настроением. Психотропное действие бензодиазепиновых транквилизаторов исчерпывается противотревожным эффектом, и если какие-либо симптомы редуцируются после введения диазепама, то, следовательно, они обусловлены тревогой.

Син.: седуксеновый тест.

**Диалоголалия** *(греч. dialogos* – разговор между двумя или несколькими лицами, *lalia* – речь) [Spoerri Th., 1965]. При беседе нескольких больных создается видимость диалога в связи с относительной сохранностью речевой мелодии, живости мимики и жестов. На самом деле речь больных совершенно не выполняет функции общения, лишена какой бы то ни было

смысловой нагрузки, содержания. Чаще всего наблюдается при сенильной деменции, может быть и при шизофрении.

**Диапазон приемлемости** [Консторум С.И.]. Совокупность форм сексуального поведения при интимной близости, не порождающего у партнеров негативной эмоциональной реакции.

**Диасхизм.** См. *Диашиз.*

**Диашиз** *(греч. diaschisis* – раскалывание, разделение) [Monakov C., 1914]. Явление выпадения функции отделов головного мозга, непосредственно не поврежденных, но связанных с участками поражения системой проводящих путей. Причина Д. – нарушение функции нервных клеток вследствие прекращения притока к ним обычных физиологических раздражений. Таким образом, возникает локальная симптоматика, не соответствующая месту очага поражения: например, при инсульте, поражающем определенный отдел одного полушария, страдает функция связанных с ним комиссуральными волокнами отделов другого полушария. Обратимость этого вторичного поражения зависит от течения патологического процесса в основном очаге, от состояния кровоснабжения головного мозга, общего состояния организма, возраста больного и т.д. При неблагоприятном течении заболевания наблюдается необратимость. Концепция Д.

исключительно важна для решения вопросов топической диагностики.

Син.: диасхиз, феномен Монакова.

**Дида–Боткассо синдром** [Dide M., Botcazo, 1902]. Характеризуется фиксационной амнезией, конфабуляциями, потерей способности ориентироваться во времени и пространстве, афатическими расстройствами. Наблюдается при двусторонних очагах поражения в затылочных долях головного мозга.

**Дидактогения** (*греч. didasko* – учить, *genesis* – происхождение). Разновидность психогении, при которой травмирующим психику учащихся фактором является поведение педагога. Это может проявиться в особенностях личностного контакта (неуважительное отношение к ученику, студенту, подавление его инициативы, прилюдное вышучивание его ответов) и в том, как преподносятся знания (подчеркивание отрицательных моментов того или иного явления, с которым может столкнуться в своей жизни ученик, утверждение о недоступности для него изучаемого материала и т.д.). Важное значение имеют и особенности личности учащегося, его повышенная сенситивность, незрелость суждений, их несамостоятельность.

Понятие введено К.И. Платоновым [1937, 1946].

Син.: дидаскогения [Катков Е.С., 1938].

**Диетотерапия** (*греч. diaiata* – режим питания,

*therapeia* – лечение). Назначение с лечебной целью специально подбираемой диеты, учитывающей патогенез заболевания и характер обменных процессов при нем. В психиатрии назначается при дисметаболических олигофрениях, например при фенилпировиноградной олигофрении, эпилепсии, соматогенных нервно-психических заболеваниях, церебральном атеросклерозе.

**Дизартрия** *(греч. dys* – приставка, обозначающая разделение, отделение, отрицание, *arthroo* – членораздельно произносить). Нарушение речи, ее артикуляции, проявляющееся в затруднении произношения, особенно согласных звуков, брадифазии, прерывистости речи. Обнаруживается часто в спонтанной речи, иногда с помощью специальных приемов (повторение за врачом труднопроизносимых слов и скороговорок). По характеру Д. можно судить о локализации поражения. Так, при поражении мозжечка речь носит скандированный характер, нарушена ее модуляция, меняется громкость; при паркинсонизме речь замедлена, монотонна, нарушены модуляции голоса и т.д.

**Дизафия** *(диз + греч. haphe* – чувство, осязание). Расстройство тактильной чувствительности, нарушение восприятия наносимых на кожу раздражений.

**Дизергазия** *(диз + греч. ergon* – работа, действие)

[Meyer A., 1908]. Нарушения поведения, психической деятельности вследствие органических поражений головного мозга. См. *Майера эргазиология.*

**Дизлексия** *(диз + греч. lexis* – слово, выражение, оборот речи) [Morgan W.P., 1896]. Синдром, характеризующийся избирательным нарушением письменной речи и обнаруживающийся в виде затруднений при обучении чтению и письму, часто приводящих к школьной дезадаптации. Понятие недостаточно однородное. Выделены синдромы Д. на оптическом гностико-праксическом уровне и в связи с расстройством звуковых символов языка при своеобразных нарушениях понятийного мышления [Глезерман Т.Б., Дмитриева Е.Д., 1989]. В первом случае мышление совершенно интактно. Происхождение генетическое или обусловлено экзогенно-органической патологией.

**Дизнойя** *(диз + греч. noeo* – воспринимать, мыслить) [Корсаков С.С., 1891]. Острый психоз, характеризующийся нарушением единства психических функций. Описание С.С. Корсаковым дизнойи предшествовало выделению E. Kraepelin раннего слабоумия. Большинством исследователей рассматривается как шизофрения с острым течением.

Син.: Корсакова дизнойя.

**Дизонтогенез психический** *(диз + греч. on* – сущее, существо, *genesis* – происхождение). См. *Кова-*

*лева концепция психического дизонтогенеза.*

**Дизорексия** *(диз + греч. orexis* – аппетит). Нарушение аппетита.

**Дизосмия** *(диз + греч. osme* – обоняние). Нарушение обоняния, извращенное восприятие запахов. Вместо одного запаха воспринимается другой.

Син.: дизосфрезия *(греч. osphresis* – запах).

**Динамическое опустошение.** Син.: редукция энергетического потенциала.

**Динофобия** *(греч. dine* – круговое движение, водоворот, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь головокружения. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, психастении, часто сочетаясь с агорафобией.

**Диогена синдром.** Описан M. McMillan [1966] у лиц старческого возраста. Речь идет об одиноких, чрезвычайно неряшливых стариках, обитающих в грязном, запущенном жилище и ведущих нищенский образ жизни, несмотря на то, что впоследствии у них нередко находят припрятанными большие суммы денег. Часто эти больные собирают всякий ненужный хлам, мусор (силлогомания). Для больных с Д.с. характерны подозрительность, эмоциональная лабильность, даже агрессивность, отказ от какой бы то ни было помощи. Больные не открывают двери посетителям. Питаются чаем, хлебом (нередко заплесневе-

лыми объедками), консервами. При соматических заболеваниях в остром периоде у них отмечается особенно высокая смертность [Clark A.N.G., Manicar G.D., Grau G., 1975].

Назван по имени древнегреческого философа *Диогена* (404-323 гг. до н.э.), ученика Антисфена, который был основателем школы киников. Диоген отличался крайней неприхотливостью в быту и устроил себе жилье в глиняной бочке при храме.

**Диппольдизм.** Разновидность садизма, наблюдающаяся у учителей и воспитателей и проявляющаяся в истязании ими учеников. Назван по имени студента-юриста, выполнявшего обязанности домашнего учителя, Андреаса Диппольда, от истязаний которого, совершаемых с целью получения сексуального наслаждения, умер его ученик Хайнц Кох. В художественной литературе описан Ф. Сологубом (Передонов в романе «Мелкий бес»).

**Дипсомания** *(греч. dipsa* – жажда, *mania* – страсть, безумие). Периодически возникающие состояния запойного пьянства. В продроме – пониженное настроение, тревожность, дисфорические проявления, нарушения сна, потеря аппетита, головные боли. Влечение к алкоголю носит импульсивный характер. Продолжительность Д. – до 2-3 недель. Во время Д. могут отмечаться явления дромомании. Окончание за-

поя внезапное, часто с абсолютным исчезновением влечения к алкоголю или даже с чувством отвращения к нему. В этиопатогенезе придается значение преморбидным конституциональным особенностям, часто Д. наблюдается у психопатических личностей эпилептоидного круга [Ганнушкин П.Б., 1933]. Нередко дипсоманические состояния вызваны аффективными колебаниями у больных МДП и циклотимией, скрытой эпилепсией [Kraepelin E., 1912; Осипов В.П., 1931], реже они наблюдаются при эндокринном психосиндроме [Bleuler M., 1955]. От истинной Д. отличается ложная – запойные состояния, возникающие только на заключительных этапах алкоголизма. Их важное различие и в том, что при истинной Д. происходит прогрессирующее снижение толерантности к алкоголю, тогда как при ложной толерантность сохраняется, а сама периодичность запоев связана с внешними причинами. Истинная Д. заканчивается палимпсестами, амнезией.

По современным представлениям применение термина «дипсомания» в качестве самостоятельного понятия не оправдано [Кондрашенко В.Т., Скугаревский А.Ф., 1983], употребление алкоголя при других психических заболеваниях рассматривается как симптоматический алкоголизм [Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1973].

**Дисамнезия** *(дис + а + греч. mnesis* – память). Отсутствие амнезии. Неприятное переживание долго хранится в памяти, легко воспроизводится.

**Дисанагнозия** *(греч. dys* – нарушение функции, рассогласование, *а (an)* – не, *gnosis* – познание). Разновидность дислексии. Нарушено чтение и понимание отдельных фраз, которые больные замещают выдуманными.

**Дисантиграфия** *(дис + греч. antigrapho* – копирую). Проявление аграфии – нарушение копирования, переписывания текста.

**Дисбазия** *(дис + греч. basis* – ходьба, шаг). Нарушения ходьбы, походки.

**Дисбулия** *(дис + греч. bule* – воля). Неспецифический симптом расстройств воли, в основе которых лежат нарушения мотивации, когнитивной деятельности, дистимии, патология сознания. В дисбулию включается гипер-, гипо-, пара– и абулия.

**Дисгамия** *(дис + греч. gamete* – супруга) [Свядощ А.М., 1984]. Дисгармония половых отношений между супругами, вызванная тем, что половой акт совершается не в связи с потребностью женщины, порождая половую неудовлетворенность. Д. тяжело переживается женщиной, часто ведет к семейному разладу и может явиться причиной невроза.

**Дисгармония психическая** *(дис + греч. harmonia* –

согласованность, соразмерность, *psyche* – душа). Отсутствие соразмерности между различными сторонами личности – способностями, влечениями, аффектами и др. Наличие внутренних противоречий лишает личность ее цельности, единства и препятствует полноценному развитию, адаптации к окружающей действительности. Нередко преувеличенное развитие одних сторон личности сочетается с недоразвитием других (например, феноменальная память, способности к счету, частичная одаренность могут наблюдаться у олигофренов-дебилов). Иногда Д.п., характеризующаяся частичными задержками моральных чувств и волевых качеств, создает картину психического инфантилизма, являющегося условием некоторых болезненных формирований личности [Kraepelin E.]. Примерами Д.п. являются описанные E. Kretschmer [1927] ее экспансивные (стеническое жало астенических психопатов) и сенситивные (стенические компоненты будоражат астеническую личность) формы.

**Дисгевзия** *(дис + греч. geusis* – вкус). Нарушение вкуса, его полная утрата или искажение вкусовых восприятий.

**Дисдипсия** *(дис + греч. dipsa – жажда*). Нарушение питьевого режима вследствие усиления или отсутствия жажды. Наблюдается при заболеваниях, протекающих с нарушением водно-солевого обмена (неко-

торые болезни желез внутренней секреции, лихорадочные состояния, органические поражения ЦНС), при истерии.

**Дискинезии поздние** *(дис + греч. kinesis* – движение). Дискинезии – расстройства координированных двигательных актов. Д.п. – форма нейролептических экстрапирамидных нарушений. Возникают как осложнение через несколько месяцев после отмены нейролептиков, как правило, у больных, годами получавших эти препараты. Чаще всего носят характер оральных Д., реже – гиперкинезов в виде хореоатетоза, миоклонии, тиков, спастической кривошеи, блефароспазма и др.

**Дискоимезия** *(дис + греч. coimao* – засыпать). Нарушение засыпания, тяжело наступающего после многих часов мучительного возбуждения. Наблюдается при гиперстенической форме неврастении.

**Дискордантное помешательство** *(лат. discordare* – не соответствовать) [Chaslin P.H., 1912]. Понятие, соответствующее расщеплению E. Bleuler и интрапсихической атаксии E. Stransky.

Понятие P.H. Chaslin «словесное дискордантное помешательство» соответствует понятию шизофрении.

**Дискурия** *(дис + лат. curiose* – заботливо) [Conrad K., 1949]. Чувство беззаботности, самоуверенности,

отсутствия сомнения. Один из симптомов мании.

**Дисмегалопсия** (*дис + греч. megas* – большой, *opsis* – зрение). Разновидность метаморфопсии, при которой искаженно воспринимается величина предметов.

**Дисметрия** *(дис + греч. metron* – мера, размер). Нарушение координации движений вследствие утраты чувства расстояния, соразмерности и точности двигательных актов. Движения больных становятся размашистыми, увеличиваются в объеме, недостаточно точны, появляются промахивания, нарушается почерк. Наблюдается при поражениях мозжечка.

**Дисмнезия** *(дис + греч. mnesis* – память). Нарушение памяти, отличающееся от гипомнезии некоторой диспропорциональностью в степени выраженности отдельных проявлений ее механизмов либо колебаниями в глубине мнестических расстройств в сравнительно небольшом промежутке времени.

**Дисморфомания** *(дис + греч. morphe* – форма, *mania* – страсть, безумие, помешательство). Дисморфофобия на уровне бреда. См. *Дисморфофобия.*

**Дисморфопсия** *(дис + греч. morphe* – форма, *opsis* – зрение). [Schneider C . 1931]. Обманы зрения (нарушения зрительного восприятия), при которых искаженными оказываются форма, размеры или отдельные детали предметов. Наблюдается при патологии

зрения (аномалия рефракции глаза) или ЦНС.

**Дисморфофобия** *(дис + греч. morphe* – форма, *phobos* – страх) [Morselli E., 1886]. Представления о мнимом внешнем уродстве, страх телесных изменений. Первоначально рассматривалась как специфическая форма нозофобии с наличием навязчивых идей телесной деформации в рамках рудиментарной паранойи. Типичны частое сочетание идей физического недостатка с идеями отношения и депримированностью (вплоть до суицидальных идей и попыток), а также тенденции к диссимуляции, стремление к «исправлению», «коррекции» своего мнимого недостатка [Коркина М.В., 1959, 1961].

По современным представлениям, Д. может носить характер навязчивых, сверхценных и бредовых идей. В последнем случае говорят о дисморфомании [Коркина М.В., 1965]. Чаще всего наблюдается в пубертатном возрасте, сочетаясь с преморбидно обнаруживаемыми патологическими чертами характера, явлениями деперсонализации и дереализации, нервной анорексией [Коркина М.В., Цивилько М.А., Карева М.А., 1969]. В.П. Морозовым [1976, 1977] выделены основные формы синдромогенеза Д. при юношеской шизофрении и отмечено их катамнестическое значение.

См. *Симптом зеркала. Симптом фотографии, Бред физического недостатка, неприятного для*

*окружающих.*

**Диснистаксия** (*дис + греч. nystaxis* – сон) [Lechner K., 1909]. Состояния полусна, неполного, неглубокого сна. У больного, слышащего в таком неглубоком сне различные звуки (например, бой часов), создается впечатление, что он вовсе не спал, хотя в действительности продолжительность его сна была удовлетворительной. Ср.: гипнагнозия.

**Диспансер психоневрологический.** Основная форма внебольничной психиатрической службы в районе, городе, области. В структуру Д.п. входят поликлиническое отделение, стационар для лечения пограничных нервно-психических расстройств, дневные и ночные стационары, лечебно-трудовые мастерские. На базе Д.п. осуществляется деятельность врачебно-консультативной комиссии (ВКК), кабинетов психогигиены, психопрофилактики, психотерапии, социальной помощи больным. Выделяются специальные кабинеты для оказания психоневрологической помощи детям и подросткам.

**Диспареуния** *(дис + греч. pareunos* – спящий с кем-либо на одной постели, сожитель). Нарушение полового влечения у женщин или отвращение к половому акту с аноргазмией. Иногда употребляется как син. фригидности.

**Диспинксия** *(дис + греч. pinax* – картина) [Kielak

L., 1960]. Особенности рисунков при психических заболеваниях органического генеза, истерии и т.д. Оценивается как качественно измененный, патологический способ творчества. Истерическая Д. отличается от органической большой оригинальностью средств экспрессии и многообразием замыслов.

**Дисплазия** (*дис + греч. plasis* – формирование, образование). Неправильное развитие органов и тканей. Д. включает в себя врожденные уродства и случаи неправильного роста и развития в постэмбриональном периоде. В некоторых случаях Д. обусловлены лишь проявлением действия внутриутробных диспластически действующих факторов в постэмбриональной жизни, в других – эти патогенетические моменты возникают только в послеутробной жизни, влияя на рост и развитие уже сформировавшегося организма. Д., проявляющиеся в неправильном строении органов и систем, часты при олигофрении, эпилепсии. В ряде случаев они определяют телесную конституцию (диспластическая конституция).

Син.: дисгенезия.

**Диспраксия амнестическая** (*дис + греч. praxis* – деятельность, *a* – не, *mnesis* – память) [Domarus E., 1923]. Расстройство праксиса при сенильной деменции, протекающей без грубоочаговой симптоматики. Внешне напоминает идеаторную апраксию, но отли-

чается тем, что больной не делает неправильных движений.

**Диспросодия** *(дис + греч. prosodia* – тонический акцент, система произношения ударных и неударных долгих и кратких слогов речи). [Monrad-Krohn G.H., 1947]. Нарушение мелодии речи, ее ритмики и акцентов у афатиков при относительно сохранном запасе слов. В связи с изменившейся манерой произношения больной напоминает иностранца, говорящего на чужом языке. Чаще всего наблюдается при патологии лобных отделов головного мозга.

**Диссолюция** *(дис + лат. solutio* – разложение, ослабление). Понятие, введенное J.H. Jackson (см. *Джексона теория)* для обозначения идущего в последовательности, обратной развитию в онто– и филогенезе, распада психических функций. Это приводит к образованию негативных симптомов («минус-симптомов»), рассматривающихся как признаки выпадения более высоко расположенных в иерархии мозга его отделов.

**Диссомния** *(дис + греч. somnos* – сон). Нарушение сна, бессонница. См. *Бессонница.*

**Дистимия** *(дис + греч. thymos* – настроение, чувство). 1. Кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней расстройства настроения (гневливость, недовольство, анксиозно-депрессивное или

тревожно-гневливое настроение). Наблюдается при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга [Fleming К., 1814]. 2. Термин H.J. Eysenck для обозначения личностного синдрома, характеризующегося высокими показателями нейротизма и интроверсии. См. *Айзенка личностный опросник.*

**Дистрофия адипозогенитальная** *(дис + греч. trophe* – питание) [Babinski J., 1900; Frolich A., 1901]. Нейроэндокринное заболевание. Характеризуется ожирением (особенно в области бедер, живота, лобка, ягодиц, плеч, молочных желез), гипогенитализмом, малым ростом, склонностью к низкой температуре тела. Характерные неврологические симптомы: головная боль, эпилептиформные судороги, явления частичной гемианопсии. Иногда выделяется несахарный диабет. Рентгенологически – патология турецкого седла. Является эндокринно-церебральным заболеванием. Часто наблюдается в связи с аденомой гипофиза, при краниофарингеоме.

Син.: гипофизарное ожирение, гипофизарный синдром, гипофизоталамический синдром, Бабинского–Фрёлиха болезнь.

**Дистрофия алиментарная.** Заболевание, возникающее в связи с длительным голоданием (количественным и качественным). Нарушаются все виды обменных процессов, прогрессирует гиповитаминоз. В

острой стадии – психотические состояния по типу острых экзогенных реакций, астения, апатические проявления. Часты тяжелые неврозоподобные состояния, астения может приобретать хроническое течение.

**Дистрофия гепатоцеребральная** [Westphal C., 1883; Strumpell A., 1898; Wilson S., 1912; Коновалов Н.В., 1948]. Тяжелое прогрессирующее семейно-наследственное заболевание, характеризующееся сочетанием цирроза печени и вторичных деструктивных изменений в головном мозге, главным образом в подкорковых ядрах. В патогенезе важная роль принадлежит нарушениям обмена меди. В психике широкая шкала расстройств – от астенических до делириозных. При экстрапирамидно-корковой форме – грубая деменция, характерологические изменения, эпилептиформные припадки. Расстройства речи – дизартрия, скандирование. Эмоциональная неуравновешенность. Неврологически – пирамидные и экстрапирамидные расстройства, атетоидные и хореоформные гиперкинезы.

Син.: гепатолентикулярная дегенерация, псевдосклероз головного мозга, прогрессирующая лентикулярная дегенерация, Вестфаля–Штрюмпеля–Вильсона–Коновалова болезнь.

**Дистрофия церебральная** [Schulte W.]. Органический психосиндром в связи с длительным голодани-

ем, главным образом белковым. Происходит атрофия головного мозга с увеличением его полостей, особенно III желудочка. Признаки: хронические дисфории, бездеятельность, угасание влечений, нивелирование индивидуальных личностных свойств. На ЭЭГ – неспецифические общие изменения.

**Дисфория** *(греч. dysphoria* – раздражение, досада). Расстройство настроения. Преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение. Эмоциональное состояние больного часто характеризуется предметной неопределенностью. Часты аффективные вспышки, легкость проявления агрессии. Д. наблюдается при многих психических заболеваниях, функциональных и органических, особенно типичны для эпилепсии, при которой они могут предшествовать припадку, завершать его или выступают в роли эквивалента.

**Дисхронизм** *(дис + греч. chronos* – время). Нарушение восприятия времени, способности сопоставлять последовательность событий. При этом часто страдают биологические ритмы организма, чередование сна и бодрствования, регулярность приема пищи в течение определенных периодов суток.

**Диэтиламид лизергиновой кислоты.** См. *ЛСД-25.*

**Донжуанизм.** Форма перверсий, при которой субъ-

ект испытывает непреодолимое влечение к женщинам, но первые же сексуальные контакты с ними вызывают у него не удовлетворение, а чувство отвращения, поэтому больной часто меняет партнерш, в которых его привлекает лишь принадлежность к женскому полу и совершенно не интересуют личностные особенности. Назван по имени дон Хуана Тенорио из Севильи – легендарного покорителя женских сердец, персонажа многих литературных произведений. Наблюдается и у женщин.

**Донкихотизм.** Термин, употребляемый для обозначения поведения больных, внешне напоминающего образ жизни героя одноименного романа М. Сервантеса *Дон Кихота* (борьба с несуществующими врагами, защита несуществующих «жертв» и т.п.). Наблюдается при психопатиях, параноических развитиях.

**Дорки–Амен методика исследования реакций тревоги** [Dorkey M., Amen E., 1947]. Проективный личностный тест для выявления особенностей эмоционального реагирования. В оригинальном варианте предназначен для детей 8-11 лет и заключается в том, что испытуемому предлагают 12 картинок, на которых изображены эмоционально-нейтральные ситуации, сюжетно незавершенные, по ним ребенок должен составить рассказ. По количеству «грустных» картинок, то есть картинок, на которых испытуемый

выбирает для изображенного на них ребенка определение выражения лица как грустное, устанавливают уровень тревожности и в целом и в отдельных конкретных ситуациях в соответствии с тремя областями взаимоотношений (дом, школа, улица). Методика Л.А. Калининой [1980] модифицирована для исследования подростков, соответственно заменены картинки, число их увеличено до 30, уделено особое внимание многозначности стимульного материала.

**Доромания** *(греч. doron* – подарок, *mania* – страсть, безумие). Непреодолимое влечение делать подарки, даже без реальных материальных возможностей. Наблюдается при мании, органических заболеваниях головного мозга, протекающих с расторможенностью влечений и деменцией.

**Дорофобия** *(дорон + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь получать или делать подарки.

**Драматогеничность.** Термин, предложенный J.L. Moreno [1947] для обозначения людей, особенно подверженных вовлечению в драматические ситуации (по аналогии с фотогеничностью).

**Дромололепсия** *(греч. dromos* – бег, *lepsis* – схватывание). Форма эпилепсии, протекающая с прокурсивными припадками.

**Дромомания** *(дромо + греч. mania* – страсть, безумие). Син.: вагабондаж.

**Дубини синдром** [Dubini A., 1846]. Миоклоническая форма описанного позже Экономо эпидемического энцефалита.

Син.: молниеносная хорея.

**Дубровского метод директивного группового внушения наяву** [Дубровский К.М., 1966]. Психотерапевтический метод, предложенный для одномоментного снятия заикания. Достигнутые результаты закрепляются в последующих 3-4 встречах с психотерапевтом, логопедом. Не может рассматриваться как самостоятельный метод, так как направлен на ликвидацию одного лишь симптома спазматической речи и не учитывает сложных изменений структуры личности у страдающего заиканием. Использование сеанса императивного внушения рекомендуется на определенном этапе комплексного психотерапевтического лечения при заикании как одного из приемов суггестивного воздействия [Шкловский В.М., 1979].

**Дурашливость.** Немотивированное веселое, возбужденное настроение, напускные ребячливые выходки, несоответствие между внутренними переживаниями больного и его внешним поведением. Наиболее частый симптом гебефренической шизофрении, входит в структуру синдрома мории.

**Дыхание биотовское** [Biot C.]. Периодическое, редкое Д. с паузами между дыхательными движени-

ями до 0,5 мин. Наблюдается при органических поражениях головного мозга (нейроинфекции, острые и декомпенсированные хронические нарушения мозгового кровообращения), интоксикациях, шоке. Устар. название – менингитическое Д.

**Дыхание Куссмауля** [Kussmaul A., 1874]. Наблюдается обычно при нарушении сознания и свидетельствует о тяжелом поражении головного мозга. Впервые описано при диабетической коме, отмечается также при уремии, эклампсии, при грубой экзогенно-органической патологии головного мозга (черепно-мозговая травма, опухоли, инсульт, нейроинфекции, интоксикации). Характерны урежение дыхательных циклов, глубокий шумный вдох и усиленный выдох с участием экспираторных мышц. Инспираторная фаза часто удлинена. Увеличена продолжительность паузы между двумя дыхательными актами.

В патогенезе значительная роль принадлежит ацидозу, накоплению в организме токсических веществ, гипоксии, что приводит к изменению функционирования дыхательного центра.

**Дыхание саккадированное** *(фр. saccade* – неровный). Характерен прерывистый (ступенчатый) вдох, иногда такой же выдох. Наблюдается при поражениях органов дыхания, может быть при истерии.

**Дыхание стерторозное** *(лат. stertorosus* – храпя-

щий, хрипящий). Шумное, клокочущее, «стонущее» Д. Наблюдается при скоплении слизи в трахее и крупных бронхах, при параличе мягкого нёба.

**Дыхание Чейна–Стокса** [Cheine J., Stokes W.] Характеризуется постепенным нарастанием частоты и глубины, а затем их спадом до полной остановки Д. Наблюдается при повышении внутричерепного давления, сердечной недостаточности, геморрагическом инсульте, некоторых интоксикациях.

**Дюбуа рациональная психотерапия** [Dubois P., 1905]. основана на воздействии на больного логическим убеждением в бодрствующем состоянии. Проводится в форме диалога между больным и врачом, в течение которого последний выявляет и демонстрирует больному ошибки в его рассуждениях, приводит основанные на специальных знаниях аргументы с целью изменить взгляды больного на вопросы, связанные с его заболеванием.

**Дюпре симптом** [Dupre E., 1895]. Менингизм при различных лихорадочных состояниях, преходящие тошнота, рвота, ригидность шеи, головная боль, часто – повышенное давление спинно-мозговой жидкости.

Син.: псевдоменингит.

**Дюпюитрена делирий.** Психические расстройства, наблюдающиеся после ранений или хирургических операций. Назван по имени известного париж-

ского хирурга G. Dupuytren [1777-1835].

**Дюсса–Деспера тест историй** [Duss L., 1940; Despert L.J., 1946]. Одна из проективных психологических методик для исследования личности. Применяется в детской медицинской психологии. Испытуемому читают 10 коротких историй, сюжеты которых отражают актуальные для ребенка проблемы. Назначение историй – выявить специфическую для испытуемого зону эмоционального конфликта: например, страх перед возможностью разлуки с родителями. Интерпретация психоаналитическая.

# Е

**Евгеника** *(греч. eugenes* – породистый). Система взглядов о возможности улучшения наследственных качеств человека путем отбора и контроля над передачей наследственных факторов. Долгое время Е. была ареной деятельности мракобесов и реакционеров, прикрывавших псевдонаучными формулировками проведение геноцида (массовые уничтожения представителей других рас и больных в нацистской Германии). Возможно, однако, и гуманное, прогрессивное применение идей Е. В частности, неоспорима позитивная роль медицинской генетики и генетических консультаций.

**Евнухоидизм** *(греч. eunuchos* – скопец, евнух, *eidos* – вид, подобие). Болезненное состояние, обусловленное недоразвитием, врожденным или приобретенным, половых желез и вторичных половых признаков. Проявляется диспропорцией костного аппарата (короткое туловище при длинных конечностях), гипо– или аплазией половых признаков и нередко элективным ожирением, преимущественно в области грудей, живота, бедер. Пубертатный Е. характеризуется появлением в пубертатном периоде преходящих явлений элективного ожирения или диспропорцио-

нального гигантизма; поздний Е. характеризуется регрессивным развитием полового аппарата и ожирением.

В психике – эпилептоидные черты характера, упрямство, замкнутость, застенчивость, иногда умственное недоразвитие, часто – эпилептиформные припадки.

**Единица действия** (ЕД). Доза биологически активного вещества или лекарственного средства, способная дать объективно регистрируемый физиологический или терапевтический эффект. Принимается в качестве единицы измерения при дозировании такого рода препаратов, как, например, инсулин.

**Еллинека симптом** [Jellinek E.M., 1960]. Симптом начального алкоголизма, характеризующийся утратой способности контролировать количество употребляемых спиртных напитков уже после приема первой порции алкоголя. Проявление усиления влечения к спиртному.

**Естественный эксперимент** [Лазурский А.Ф., 1918]. Метод психологического исследования, занимающий промежуточное положение между объективным наблюдением и лабораторным экспериментом. Характеризуется естественностью условий наблюдения с точностью и научностью эксперимента. Автор по методу Е.э. проводил педагогический анализ занятий

школьника в психологических критериях и терминах, с позиций психологического эксперимента изучались все виды занятий: игры, гимнастические упражнения и др.

# Ж

**Жане концепция психологического автоматизма** [Janet P., 1899]. Рассмотрение автоматизма в психической деятельности как феномена, выступающего в известных соотношениях с сознанием и служащего проявлением подсознательной деятельности. В сознании P. Janet различал два «этажа»: I – высшую структуру, функционирование которой обусловлено волевыми, сознательными моментами и является индетерминированным извне; II – низшую структуру – подсознательную, автоматическую. Взаимосвязь между этими этажами сознания рассматривалась чисто внешне. В случаях психической патологии автоматизм, по P. Janet, захватывает либо часть личности (парциальный автоматизм, примером которого являются навязчивые и фиксированные идеи), либо личность в целом (тотальный автоматизм, например каталепсия). Концепция эклектична, в ней чисто механически соединены этажи сознания структуры личности при явной тенденции исключить из высших сознательных волевых процессов принцип детерминизма [Меграбян А.А., 1959].

Хотя P. Janet, выдвинув положение об «отщеплении» от сознания комплекса переживаний (например,

навязчивых), предвосхитил некоторые положения S. Freud, к психоанализу, в целом, он относился отрицательно.

**Жане тест анестезии** [P. Janet]. Прием для дифференциации функциональных и органических нарушений кожной чувствительности. Больной должен сообщать, чувствует ли он прикосновение к коже, словом «да» или «нет». Больные с функциональными расстройствами постоянно говорят «нет», при органической патологии нервной системы – «да».

**Жаргонафазия** (*фр. jargon* – жаргон, *греч. aphasia* – утрата речи, немота). Один из симптомов выраженной, кортикальной, сенсорной афазии, характеризующийся логорреей и множественными вербальными и литеральными парафазиями. В связи с парафатическими искажениями речь больного становится непонятной. Следует отличать от шизофазии (см.).

**Желино болезнь.** См. *Нарколепсия.*

**Жиля де ла Туретта синдром** [Gilles de la Tourette G.E.A.B., 1885]. Симптомокомплекс, характеризующийся полиморфными гиперкинезами, миоклоноподобными движениями с постепенным присоединением вокализации, эхолалии и копролалии. Типичны тики, особенно мышц лица и верхней части туловища (вращение глазных яблок, сморщивание носа, круговые движения головой, щелкание, покашливание, вы-

плевывание, подергивание плечами и т.д.). Копролалия и эхолалия носят характер насильственных импульсивных симптомов. Формирование развернутого синдрома длится несколько лет. Выделение в качестве нозологической формы необоснованно. Вопрос об органической или функциональной природе Ж.Т.с. остается дискуссионным. Большинство современных исследователей видят причину в органической патологии головного мозга, особенно в области полосатых тел. Имеются данные о возникновении Ж.Т.с. вследствие лечения препаратом L-ДОФА, нейролептиками (см. *Симптом психотической брани).* В патогенезе Ж.Т.с. большое внимание придается нарушениям обмена веществ (согласно одной теории – пуринового, согласно другой – катехоламинового). Роль нарушений обмена и особенности клинической картины сближают Ж.Т.с. с Леша–Нейхена синдромом. Обнаружение нарушений обмена катехоламинов используется в ранней диагностике Ж.Т.с. [Мельничук П.В., Хохлов А.П., Хайлова И.М., 1980].

Имеются указания относительно роли наследственных факторов в возникновении Ж.Т.с., в большинстве случаев предполагается аутосомно-рецессивный механизм наследования [Шанько Г.Г., 1979].

**Жиля синдром** [Gilles A., 1934]. Психопатологические проявления, наблюдающиеся у некоторых боль-

ных легочным туберкулезом и характеризующиеся неправильным поведением по отношению к своему заболеванию. Проявляется, в первую очередь, игнорированием своей болезни и пренебрежением связанными с ней мерами ограничительного и лечебного характера, вплоть до полного отказа соблюдать их. Проявления Ж.с. протекают на фоне гипоманиакального возбуждения, с веселым, но неустойчивым настроением, часто беспричинным смехом, противоречивыми поступками [Porot M., 1975].

**Жоффруа симптом** [Joffroy A.]. Ранний признак деменции при прогрессивном параличе. Больные допускают грубые ошибки в простых задачах на сложение и вычитание. Аналогичен нарушениям счета, обнаруживаемым при отсчитывании по Крепелину.

# З

**Заболеваемость.** Распространенность болезней среди населения и его отдельных групп.

**Заболеваемость общая.** Показатель заболеваемости. Статистический показатель, вычисляемый из количества общего числа первично обнаруженных, зарегистрированных за определенный период времени больных, приходящихся на 1000, 10 000 или 100 000 человек населения (изучаемого контингента).

**Заболевания демиелинизирующие.** Группа болезней различной, недостаточно ещё изученной этиологии, объединяемых по сходству морфологической картины (поражение преимущественно белого вещества полушарий головного мозга, распад миелина с последующим разрастанием глин). Осевые цилиндры страдают меньше, гибель их происходит на поздних стадиях. К З.д. относятся рассеянный склероз, Бело болезнь, Шильдера болезнь, ван Богарта лейкоэнцефалит.

Син.: прогрессирующие лейкоэнцефалиты.

**Завилянского симптом алкоголизма** [Завилянский И.Я., 1956]. Заключается в том, что в ответ на вопрос, какие спиртные напитки приходилось употреблять больному, у него оживляется мимика, лицо оза-

ряется улыбкой и часто, еще до словесного ответа, он облизывается, Своеобразный следовой мимико-вкусовой рефлекс. Встречается при алкоголизме в 50-60% случаев наряду с тенденцией к опохмелению и употреблению суррогатов алкогольных напитков.

**Завилянской методики контрастной психотерапии** [Завилянская Л.И., 1968]. Основаны на учете патогенной роли патологически измененных ассоциаций в формировании психопатологических структур. Характер вызываемых ассоциаций видоизменяется в зависимости от клинической картины, динамики заболевания и личностных особенностей больного. Методика положительных ассоциаций используется при лечении неврастении, циклотимической депрессии, церебрастенических симптомокомплексов. При алкоголизме используется методика отрицательных ассоциаций, способствующая корригированию характерологических особенностей больного и вызыванию негативной эмоциональной реакции на дальнейшее проявление болезненного состояния.

**Задержка мочи истерическая.** Обусловлена спазмом сфинктеров, в некоторых случаях – утратой позывов на мочеиспускание, возможно, в связи с анестезией слизистой оболочки мочевыводящих путей. Длится до нескольких суток, устраняется внушением в гипнозе или косвенным в бодрственном состоянии.

**Задержки психические** *(нем. Sperrungen)* [Kraepelin E.]. В современном понимании, по E. Bleuler, остановки, обрывы мыслей у больных шизофренией. Нередко больные интерпретируют их бредовым образом.

Первоначально З.п. были отмечены E. Kraepelin при кататонической шизофрении, термин применялся главным образом для обозначения расстройства моторики. K. Jaspers [1913] определял З.п. как перерыв в способности фиксировать впечатления и реагировать на них. Больные внезапно перестают реагировать на окружающее, не отвечают на обращенную к ним речь, застывают в неподвижной позе, хотя сознание при этом не нарушается. З.п. длится несколько секунд или минут, но через некоторое время появляется снова. От кататонического ступора З.п. отличается своей кратковременностью, эпизодичностью, вне их темп течения ассоциативных процессов может быть не замедлен. E. Bleuler применял этот термин для квалификации главным образом расстройств мышления.

**Заззо тест животных** [Zazzo R., 1960]. Проективная личностная методика для исследования детей в возрасте от 5 до 12 лет. Состоит из набора вопросов, устанавливающих, каким животным ребенок хотел бы стать, если бы он мог в него превратиться, и почему. Используется для выявления личностных тенденций

и ценностей ребенка, его эмоциональной реактивности и позиции.

**Заикание.** Нарушение речи, основой которого является преходящее выключение голосообразования [Куршев В.А., 1973]. В связи с этим феноменом возникают судорогоподобные симптомы, непроизвольные запинки, повторение отдельных звуков и слогов. Нередки фобические явления, способствующие фиксированности механизмов З. по механизмам невроза ожидания. По В.А. Куршеву, основным фактором в патогенезе З. является психическая травма, другие вредные факторы действуют опосредованно, через нее.

Различают З. невротическое (логоневроз) и неврозоподобное, возникающее в связи с резидуальной органической патологией головного мозга.

**Закон Клерамбо** [Clerambault G., 1927]. Устанавливает зависимость тяжести исхода психического заболевания от возраста к началу его и массивности поражения головного мозга: чем раньше возникло поражение головного мозга и чем оно массивнее, тем тяжелее последствия. Подтверждается исследованиями М.Я. Цуцульковской [1967], В.М. Лупандина [1967], М.С. Вроно [1971]. См. *Вроно концепция возрастного патоморфоза.*

**Закон Питра** [Pitres A., 1897]. При афазиях у по-

лиглотов может сохраниться возможность говорить на одном из языков, известных им до болезни. Чаще всего это язык детства или язык, наиболее связанный с ситуацией. Эта же закономерность наблюдается при восстановлении речи после афазии у полиглотов: прежде всего появляется способность говорить на одном из указанных языков.

Син.: правило Питра.

**Закон Рибо** [Ribot Th., 1881]. Закон регрессии (возвращения) памяти при прогрессирующей амнезии. Вначале ослабляется память на недавние события, затем ухудшается репродукция и старого багажа памяти, и постепенно амнезия охватывает весь умственный запас, не распространяясь лишь на чувства и аффекты. После поражения аффективной памяти некоторое время сохранными остаются лишь автоматизированные двигательные акты.

Не является универсальным.

**Закса–Витебского реакция** [Sachs H., Witebsky E., 1928]. Ускоренная реакция преципитации для серодиагностики сифилиса.

Син.: цитохолевая реакция.

**Закса–Георги реакция** [Sachs H., Georgy W.]. Реакция, использовавшаяся для серодиагностики сифилиса. Цитохолевый антиген, прибавляемый к сыворотке крови, не был концентрированным и реакция протека-

ла медленно, что послужило основанием для замены ее реакцией Закса–Витебского.

**Замкнутость.** Особенность личности, наблюдаемая как в норме (у акцентуированных личностей), так и у психопатических личностей (шизоидная психопатия) и при некоторых психозах (в структуре аутизма).

**Зангвилла синдром.** См. *Апрактоагнозия.*

**Запоминание.** Один из механизмов памяти, запечатление в ней образов предметов, явлений, мыслей. Различают З. произвольное, служащее результатом активного намерения, целенаправленной мнестической деятельности, и непроизвольное, осуществляемое без специального намерения, часто неосознанно. Состояние З. служит одним из объективных показателей, характеризующих сохранность памяти в психологическом эксперименте (например, в пробе на З. десяти слов).

**Застойный сосок зрительного нерва** *(лат. papilla oedematosa n. optici).* Офтальмологический симптом, основной причиной которого является повышение внутричерепного давления. Наблюдается чаще всего при опухолях головного мозга, но также и при наличии в мозгу гумм, солитарных туберкулом, при опухолях мозговых оболочек и костей черепа, некоторых формах менингитов, псевдоступорозных состояниях различной этиологии и др. Характеризуется оте-

ком соска с выпячиванием его над уровнем сетчатки. Границы соска расплывчаты, цвет серовато-красный, центральные вены расширены, артерии сужены, извиты. В возникновении симптома играет роль не столько характер опухоли и ее величина, сколько локализация и темп ее роста. Особенно рано З.с. проявляется при быстро растущих опухолях мозжечка, в области четверохолмия, IV желудочка.

**Заторможенность психическая.** Особенность протекания психических процессов. Различают З.п. двигательную (моторную) и в мышлении (идеаторную). Наблюдается при различных психических заболеваниях (при депрессивной фазе МДП, в структуре брадипсихизма у больных эпилепсией, при некоторых видах паркинсонического синдрома и других).

**Зейгарник методика соотношения пословиц, метафор и фраз** [Зейгарник Б.В., 1934]. Патопсихологическая методика для исследования особенностей мышления. Выявляет такие расстройства мышления, как соскальзывания, разноплановость, нарушения целенаправленности, непродуктивность. Состоит из набора пословиц и метафор, к каждой из которых обследуемый должен подобрать соответствующую ей по переносному смыслу фразу из другого набора. Последний содержит также фразы, лишь внешне сходные с пословицами и метафорами. Важна для

диагностики шизофренических расстройств мышления.

**Зейгарник феномен** [Зейгарник Б.В., 1927]. Лучшее воспроизведение в памяти незавершенных действий по сравнению с завершенными. Свидетельствует о роли личностно-мотивационного компонента в структуре мнестической деятельности. Эффект лучшего воспроизведения незавершенных действий не обнаруживается у больных шизофренией с выраженными эмоционально-волевыми изменениями.

**Зона биологического действия.** Один из показателей (количественных), свидетельствующий о возможности хронической интоксикации. Устанавливается диапазоном между дозами, определяющими начало, порог хронического токсического действия и средней летальной дозой. Знание З.б.д. важно при лечении нейролептиками, учет ее позволяет избежать возникновения хронического нейролептического синдрома.

**Зоопатия внутренняя** *(греч. zoon* – живое существо, *pathos* – страдание, болезнь) [Dupre E., Levy, 1903]. Один из вариантов бреда одержимости, ипохондрического бреда. Больные говорят о наличии у них в теле какого-либо животного, испытывают ощущения, соответствующие движениям заключенного в них живого существа. По мнению Е.Н. Каменевой

[1957], правильнее говорить о бреде «внутреннего существа», так как иногда речь идет не о животном, а о каком-либо другом существе, заключенном в теле больного (например, о нечистой силе, двойнике, о ребенке при бреде ложной беременности).

Ср.: архаический бред.

**Зоопсии** *(зоо + греч. opsis* – зрение). Зрительные галлюцинации, содержанием которых являются животные, чаще всего наблюдаются при делириозных состояниях.

Син.: галлюцинации зоологические.

**Зоосадизм** *(зоо + садизм).* Вид перверсии, садизма, при котором чувство полового удовлетворения достигается путем издевательства над какими-либо животными.

**Зоофилия эротическая** (зоо + *греч. philia* – влечение, любовь) [Krafft-Ebing R., 1886]. Вид перверсии, при которой больные испытывают наслаждение при рассматривании животных или общении с ними, например при верховой езде, дрессировке. При этом отсутствует стремление к совокуплению с животными. Рассматривалась автором как проявление фетишизма.

Син.: бестиализм, скотоложество, содомия, зооэрастия.

**Зоофобия** *(зоо + греч. phobos* – страх). Навязчи-

вый страх, боязнь животных, чаще определенного вида (кошек, куриц и других).

**Зурабашвили словесно-семантический эксперимент** [Зурабашвили А.Д., 1955]. Модификация ассоциативного эксперимента, учитывающая онтогенетическое развитие речевой сигнализации. Включает следующие варианты ассоциативного эксперимента, отражающие различные эволюционно-динамические ступени второй сигнальной системы: 1) непосредственное раздражение предметами – словесный ответ; 2) словесное раздражение (существительные) – словесный ответ; 3) словесное раздражение (глаголы) – словесный ответ; 4) словесное раздражение (отглагольные существительные) – словесный ответ; 5) словесное раздражение (прилагательные) – словесный ответ; 6) словесное раздражение (название предметов или действий) – ответ письменной речью; 7) раздражение письменной речью (название предметов или действий) – словесный ответ; 8) раздражение письменной речью (названия предметов или действий) – ответ письменной речью.

# И, Й

**Иванова метод активирующей психотерапии** [Иванов Н.В., 1963]. Заключается в обучении больного проведению мотивированного самовнушения в целях противодействия определенным симптомам болезни.

**Иванова методика коллективной психотерапии** [Иванов Н.В., 1958]. Психотерапевтическая методика для лечения больных неврозами. Предполагает три этапа: на первом происходит индивидуальное обследование больного, условий его жизни, отношения к болезни. Цель – преодоление неправильного отношения к болезни. Второй этап характеризуется выявлением с каждым больным неблагоприятных влияний и травмирующих моментов, играющих роль в патогенезе невроза. Происходит эмоциональная перестройка больного, укрепляются новые динамические стереотипы. На заключительном этапе пропагандируется активное участие в общественной и производственной работе. Больные обучаются приемам противодействия некоторым невротическим симптомам. Коллективная психотерапия сочетается с индивидуальной работой с каждым больным группы.

**Иванова структурно-ассоциативный эксперимент** [Иванов В., 1965]. Вариант ассоциативного экс-

перимента, цель которого – исследование грамматического и логического «структурирования» речи (мыслительной деятельности). В качестве словесного раздражителя используются незаконченные предложения, отличающиеся синтаксической структурой и отсутствием определенных частей речи. Позволяет обнаружить латентные проявления разорванности мышления, резонерства и начинающегося распада речи в тех случаях, когда клинически они еще мало заметны.

**Иванова-Смоленского симптом** [Иванов-Смоленский А.Г., 1934]. Находящийся в кататоническом ступоре больной может на устно задаваемые ему вопросы отвечать письменно.

**Ивановой методика обучающего эксперимента** [Иванова А.Я., 1965, 1969, 1976]. Экспериментально-психологическая методика для оценки умственного развития детей. В основе – идея Л.С. Выготского о необходимости при изучении интеллектуального уровня детей учитывать зону ближайшего развития. Определяются степень и виды нарушения обучаемости. Помощь исследующего при этом дозируется количеством уроков-подсказок. Используются приемы классификации геометрических фигур, кубики Кооса. Методика позволяет дифференцировать различные формы аномалий умственного развития детей.

**Иглоукалывание.** Один из методов рефлексотерапии, основанный на воздействии на физиологически активные точки поверхности тела, соответствующие проекции различных внутренних органов и систем организма.

Син.: акупунктура, иглотерапия, чжень-цзю-терапия.

**Игровая психотерапия.** Метод психотерапии, использующий естественную потребность ребенка в игре, являющуюся важной составной частью гармонического его развития (навыков, воображения, самостоятельности). Применяется как самостоятельная методика и в комплексе с другими психотерапевтическими мероприятиями. Игровые методы включаются и в структуру патопсихолотического эксперимента, максимально приближая его к естественному [по А.Ф. Лазурскому, 1918].

**Идеи аутохтоные** *(греч. idea* – понятие, представление). См. *Аутохтонный.*

**Идеи бредовые.** Болезненные идеи, искаженно отражающие реальную действительность, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся коррекции. См. *Бред.*

**Идеи бредоподобные.** См. *Фантазии бредоподобные.*

**Идеи доминирующие. См.** *Идеи сверхценные.*

**Идеи кататимные.** Идеи, вытекающие из аффективно окрашенного комплекса представлений, не определяющиеся логическим мышлением.

**Идеи навязчивые.** Один из видов навязчивых состояний. Характеризуются непроизвольным, и даже вопреки воле, возникновением, отсутствием видимой связи с содержанием мышления. Они воспринимаются больным как чуждые, но не могут быть устранены волевым усилием. Оставаясь чуждыми мышлению в целом, И.н. приводят к нарушениям логического хода мышления. Болезненный характер И.н. осознается больным, к ним существует критическое отношение.

К И.н. относятся навязчивые сомнения, навязчивое мудрствование, контрастные навязчивые мысли.

**Идеи сверхценные** [Wernicke C., 1892]. Суждения или группы суждений, отличающиеся аффективной насыщенностью и носящие стойкий, фиксированный характер. Могут наблюдаться и у психически здоровых (преданность человека какой-либо научной идее, ради торжества которой он готов пренебречь всем остальным) – доминирующие идеи [Аменицкий Д.А., 1942; Гуревич М.О., 1949]. Принадлежность последних к И.с. оспаривается. И.с. являются патологическими, служат выражением дисгармонической психики и связаны с паралогическим мышлением. Однако доминирующая идея может претерпеть развитие и пре-

вратиться в истинную И.с. Последняя не осознается больным в качестве ложной, по мере развития она все менее поддается коррекции. И.с. занимают как бы промежуточное положение между навязчивыми и бредовыми.

**Идентификация** *(лат. identifico* – отождествлять). Один из механизмов психологической защиты. Играет важную роль в процессе нормального развития ребенка, который усваивает особенности личности значимых для него в эмоциональном отношении людей. Вначале происходит усвоение наследуемых черт характера, затем – личностных черт ненаследуемых (интернализация). В первую очередь усваиваются личностные особенности родителей, позже – ровесников, воспитателей. И. позволяет человеку испытывать удовольствие от успехов членов группы, с которыми объект отождествляет себя (феномен футбольных болельщиков). По E. Fromm, механизм И. лежит в основе конформизма, якобы позволяющего человеку избегать чувства одиночества.

**Идеомоторный акт** *(греч. idea* – понятие, представление, *motor* – приводящий в движение). Непроизвольное изменение тонуса мышц, участвующих в каком-либо движении при мысленном представлении об этом движении. На данном принципе основаны демонстрирующиеся на эстраде опыты «чтения мыс-

лей», требующие от артиста большой сенсорной чуткости для улавливания заторможенного двигательного акта.

**Идеорея** *(идео + греч. rhoia* – истечение). См. *Ментизм.*

**Идеофрения** *(идео + греч. phren* – ум, разум) [Кандинский В.Х., 1890]. Выделенная автором нозологическая единица. Подразделялась на простую, кататоническую, периодическую, острую, хронически галлюцинаторную, вяло протекающую формы. Выделялось состояние слабоумия после идеофрении. Описанием идеофрении В.Х. Кандинский предвосхитил последующие работы E. Kraepelin и E. Bleuler. Особенно полно были им охарактеризованы бредовой и галлюцинаторный варианты заболевания.

**Идиоглоссия** *(греч. idios* – собственный, свой, *glossa* – язык) [Perry R.G.]. 1. Неспособность к изданию горловых и нёбных звуков при отсутствии органических и функциональных повреждений речевого аппарата. 2. Нарушение речи, при котором некоторые обычные слова заменяются особыми, лишенными смысла, звуками (наблюдается у детей и при олигофрении).

**Идиолатрия** *(идио + греч. latreia* – служение, поклонение). Самообожание, самопоклонение.

**Идиопатический** *(идио + греч. pathos* – болезнь,

страдание). Определение, употребляемое для обозначения явлений, которые возникают как бы сами по себе, без видимой причины, характеризуются неясным происхождением.

**Идиосомнамбулизм** (*идио* + *лат. somnus* – сон, *ambulare* – прогуливаться, ходить). Сомнамбулизм спонтанный, возникающий вне гипнотизирования. Наблюдается при эпилепсии, неврозах.

**Идиотия** (*греч. idioteia* – невежество). Наиболее тяжелая форма умственного недоразвития, олигофрении. Практически совершенно отсутствуют речь, психические реакции, не вырабатываются элементарные навыки. Больные издают отдельные звуки, ходьба развивается очень поздно и носит грубодефектный характер. Движения неуклюжи, некоординированы. Частые двигательные стереотипии. Больные не в состоянии обслуживать себя, нуждаются в присмотре и уходе.

**Идиотия амавротическая.** Семейные, генетически обусловленные болезни (аутосомно-рецессивный тип наследования), связанные с нарушением обмена ганглиозидов. Для всех форм характерны: падение зрения вплоть до полной слепоты, амавроза, параличи конечностей, прогрессирующее слабоумие, маразм в исходной стадии. Гистопатологическая картина при всех формах И.а. сходна – генерализованный

распад ганглиозных клеток, увеличение размера нейронов, их набухание, баллонообразное вздутие нервных клеток и их отростков. Дегенерация глии. Сморщивание ядер клеток.

**И.а. врожденная, форма Нормана–Вуда** [Norman R.N., Wood N., 1941] – проявляется вскоре после рождения прогрессирующей гидроцефалией, мышечной гипотонией, параличами конечностей, судорогами, остановкой нервно-психического развития. Летальный исход в первые месяцы жизни.

**И.а. детская ранняя** [Tay W., Sachs B., 1881]. Раннее снижение зрения вследствие атрофии зрительных нервов, приводящее к полной слепоте. Исчезают ориентировочные и защитные реакции. Повышается реакция на слуховые раздражения. Нарастает обездвиженность. Развивается слабоумие степени идиотии. Смерть при явлениях кахексии и децеребрационной ригидности. Начало заболевания обнаруживается во второй половине первого года жизни. Длительность течения – до 2 лет.

Син.: болезнь Тея–Закса.

**И.а. детская ранняя, форма Сандхоффа** [Sandhoff K., 1968] – отличается более злокачественным течением. Начальные проявления – в первом полугодии жизни. Характерны кукольное лицо, микроцефалия. На глазном дне – окруженное серовато-бе-

лым ободком вишнево-красное пятно в центре макулы (симптом «вишневой косточки»).

**И.а., форма Зейтельбергера** [Seitelberger F., 1952] – обнаруживается в возрасте между 1 и 3 годами жизни и, неуклонно прогрессируя, приводит к смерти в десятилетнем возрасте.

**И.а. детская поздняя** [Bielschowsky M., 1914; Jansky J., 1910] – первые проявления в 3-4 года. Нарастает деменция. Характерны судорожные припадки, атаксия, экстрапирамидные расстройства, атрофия зрительных нервов. Психическая деградация происходит медленнее, чем при болезни Тея–Закса, в течении заболевания возможны временные остановки. Летальный исход в конце первого десятилетия жизни.

**И.а. юношеская, форма Баттена–Шпильмейера–Фогта** [Batten F.E., 1903; Spielmeyer W., 1908; Vogt H., 1905] – первые проявления в 6-10 лет. Медленно прогрессирующее течение. Пигментный ретинит. Постепенное нарушение зрения и нарастание деменции. Нередко – эпилептиформный синдром. Нарастают вялость, апатия, оскудевает речь. Снижается память и интеллект. В исходном состоянии – выраженная органическая деменция. Длительность жизни 20-30 лет. Тип наследования – аутосомно-рецессивный.

Син.: болезнь Шпильмейера–Штока [Stock], болезнь Штока– Шпильмайера–Фогта, болезнь Баттена–Мейо [Mayon], болезнь Оттмене [Oatman].

**И.а. поздняя** [Kufs H., 1925] – проявляется в зрелом возрасте. Течение вялое. Пигментный ретинит с атрофией зрительных нервов, органический психосиндром, прогрессирующая деменция. Исход – параличи, эпилептиформные припадки, эйфория, апатия, утрата навыков самообслуживания. Иногда – бред и кататоническая симптоматика.

**И.а. предстарческая** [van Bogaert L., Borremans P., 1937] – поздняя (предстарческая) форма амавротической идиотии, по симптоматике напоминает Куфса болезнь. Начало в возрасте 35-41 года, иногда несколько раньше. Неуклонно прогредиентное течение и смерть в возрасте 37-62 лет.

Син.: предстарческая форма семейного идиотизма со слепотой.

**Идиотия гидроцефальная.** Идиотия при врожденной водянке головного мозга, протекающей с атрофией мозгового вещества.

**Идиотия микседематозная.** Идиотия, обусловленная врожденной дисфункцией щитовидной железы (микседемой).

**Идиотия тимическая.** Идиотия, обусловленная врожденной дисфункцией вилочковой железы.

**Иерофобия** *(греч. hieros* – священный, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь встречи с предметами религиозного культа.

**Извращение вкуса.** См. *Дисгевзия.*

**Извращение инстинктов** *(лат. perversio instinctum).* Патологическое, противоречащее норме нарушение инстинктивных потребностей человека (инстинкта самосохранения, полового, пищевого и других), сопровождающееся противоестественными формами их удовлетворения.

**Извращение сна.** Нарушение нормального ритма сна и бодрствования, бессонница в ночное время и дневной сон (сонливость).

Син.: инверсия сна.

**Изолофобия** *(фр. isolement* – одиночество, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь одиночества в жизни.

**Икономания** *(греч. eikos* – образ, *mania* – страсть, безумие). Болезненное влечение к собирательству, объектом которого являются иконы, гравюры и др.

**Икота.** Непроизвольный, обычно стереотипно повторяющийся сильный и короткий вдох при закрытой или резко суженной голосовой щели, обусловленный внезапными судорожными сокращениями диафрагмы, частота которых иногда достигает 80 в 1 мин. Наблюдается при интоксикациях, органических пораже-

ниях головного мозга (эпидемическая И. при энцефалите), истерии. В средние века наблюдались истерические эпидемии, при которых основным симптомом была И.

**Иксофрения** *(лат. ictus* – удар, припадок, *греч. phren* – ум, рассудок) [Stromgren E., 1936]. Эпилептоидная конституция. В более легких случаях обозначалась как иксотимия, иксоидия. Понятие, аналогичное вязкому темпераменту, иктафинной конституции, глишроидии.

**Иктальный** *(лат. ictus* – удар, припадок, приступ). Вызванный или обусловленный припадком, связанный с припадком.

Син.: припадочный.

**Иктафинность** *(греч. ictus* – удар, припадок, *лат. affinitas* – средство). Склонность к возникновению судорог, судорожная готовность. Особенно выражена в детском возрасте, когда судорожные проявления возникают при воздействии экзогенных вредностей – перегрева, инсоляции, повышенной температуры тела. При отсутствии клинических проявлений судорожных пароксизмов И. обнаруживается при ЭЭГ исследовании, особенно в гипервентиляционной пробе.

**Иллюзии** *(греч. illusio* – ошибка, заблуждение). Искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений. У здоровых людей бывают И. фи-

зиологические и физические, патогенетически не связанные с нарушениями мышления или сознания. Пример физической иллюзии: ложка, частично погруженная в стакан с водой, воспринимается как надломленная; физиологическая иллюзия: из двух равных линий, снабженных на концах острыми углами, направленными внутрь или кнаружи, первая кажется более короткой.

**И. аффективные** – возникают под влиянием аффекта – страха, тревоги, при депрессии.

**И. вербальные** – содержат отдельные слова или фразы.

**И. органические** – см. *Дисморфопсии, Метаморфопсии.*

**И. Пика** – входят в Пика синдром (см.).

**И. сознаваемости** [K. Jaspers, 1923] – ощущение больного, свидетельствующее о том, что рядом якобы кто-то находится. По мнению автора, эти И. являются признаком формирования галлюцинаций и бреда.

Син.: И. воплощенной сознаваемости.

**И. установки** [Узнадзе Д.Н., 1930] – форма физиологических иллюзий. Один из видов иллюзий восприятия массы, объема, величины. Возникает при многократном сравнении пар предметов, при этом в предварительной серии опытов создаются предпосылки для возникновения иллюзии, выявляемой в ос-

новной (контрольной) серии опытов. Например, если несколько раз поднять одновременно обеими руками пару различных по массе предметов, а затем другую пару – одинаковой массы, то предмет, оказавшийся в руке, в которой до того был более легкий, покажется более тяжелым, чем в другой руке (контрастная иллюзия). Механизмы И.у. объясняются с позиций теории установки Д.Н. Узнадзе образованием у человека внутренних неосознаваемых состояний (установок), которые подготавливают его к восприятию дальнейших событий и являются фактором, направляющим сознательную деятельность. И.у. используются как один из методических приемов для исследования установки.

**И. функциональные** – см. *Парейдолии.*

**И. эпилептические** – нарушения восприятия, представляющие собой существенные, иногда и единственные клинические проявления некоторых фокальных эпилептических припадков, возникающих при локализации эпилептогенного очага в коре височной доли, смежной с сенсорной областью. Различают И.э. перцептивные, когда наблюдаемый объект воспринимается искаженно и не узнается, и апперцептивные, при которых объект узнается, но извращенно сопоставляется с предыдущим опытом (феномены «уже виденного», «уже слышанного», «уже пере-

житого» или, наоборот, «никогда не виденного», «никогда не слышанного», «никогда не пережитого»). К этой группе относятся И.э. бессвязности, нереальности, наблюдающиеся при эпилептических сноподобных состояниях.

**Имаготерапия** (*лат. imago* – образ, подобие). См. *Вольперта имаготерапия.*

**Имбецильность** (*лат. imbecillus* – слабый, немощный). Степень олигофрении, промежуточная между дебильностью и идиотией. Характеризуется недоразвитием и дефектностью речи, скудным словарным запасом, чаще всего ограничивающимся названиями окружающих предметов и наиболее распространенными словами. Лишь при умеренно выраженной И. больным доступно составление несложных Представлений. Запас сведений и знаний ничтожен, образование отвлеченных понятий имбецилам недоступно. При настойчивом обучении имбецилам можно привить элементарные навыки самообслуживания. В зависимости от особенностей аффективно-волевой сферы различают добродушных, мягких, ласковых, с преимущественно хорошим настроением и, наоборот, злобных, возбудимых, мстительных имбецилов.

**Импотенция** (*лат. im* – отрицание, *potentia* – сила). Невозможность совершения полового акта вследствие сексуальной несостоятельности мужчины (сни-

жение или отсутствие либидо, недостаточная эрекция или ее отсутствие, преждевременная эйякуляция). Среди различных форм И. выделяют нейрорецепторную, обусловленную нарушением деятельности рецепторов в головке полового члена, предстательной железе и семенных пузырьках, спинальную, обусловленную поражением ядер спинного мозга, являющихся центрами эйякуляции и эрекции, психогенную (психическую, корковую), возникающую по невротическим механизмам.

**Импринтинг** *(англ. imprint* – запечатлевать, оставлять след). Фиксирование в памяти новорожденного особенностей воздействующих на него жизненно важных объектов.

**Импульсивное действие.** Одно из проявлений импульсивности. Действие совершается мгновенно, без обдумывания, под влиянием аффекта, без борьбы мотивов, оно кратковременно и нередко вовсе немотивированно. Наблюдается при шизофрении, особенно кататонической, у больных эпилепсией с выраженными характерологическими изменениями, при психопатии возбудимого круга и др.

**Импульсивное поджигательство.** См. *Пиромания.*

**Импульсивность.** Болезненная форма поведения, при которой действия больного совершаются в связи

с непреодолимыми влечениями, побуждениями, протекают насильственно, автоматизированно, не контролируются сознанием (см. *Короткие замыкания).*

**Инадекватность** *(лат. in* – отрицание, без, не, *adaequatus* – приравненный). См. *Неадекватность.*

**Инапетенция** *(ин + лат. appeto* – стремление к чему-либо). Отсутствие аппетита. См. *Анорексия.*

**Инбредный брак** *(англ. in* – в, внутри, *breeding* – разведение). См. *Родственный брак.*

**Инвалидность** *(лат. invalidus* – бессильный, слабый). Стойкая утрата трудоспособности – полная или частичная, постоянная или временная, длительная. Наличие инвалидности и степень утраты трудоспособности на определенный срок времени устанавливается специальными врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК).

**Инволюнтарность** *(ин + лат. voluntarius* – добровольный, необязательный). Независимость от волевых побуждений, невольность, бессознательность (применительно к какой-либо деятельности).

**Инволюционный** *(лат. involutio* – свертывание). Связанный с процессом обратного развития, характерный для инволюционного периода.

**Инволюционный период.** Этап онтогенеза, характеризующийся прогрессирующим обратным развитием органов и тканей. В психиатрии под И.п. принято

понимать возраст от 45 до 55 (60) лет, хотя по геронтологической терминологии ВОЗ возраст 45-59 лет считается средним, 60-74 – пожилым и только 75-90 лет – старческим [Штернберг Э.Я., 1967].

**Инволюция.** Обратное развитие каких-либо органов и систем организма, их уменьшение, упрощение физиологических и морфологических характеристик, редукция в процессе онтогенеза или филогенеза. И. возрастная наблюдается в онтогенезе, ей присущи специфические заболевания психики, проявляющиеся только в инволюционном периоде. Различают также И. отдельных органов и систем, например сексуальную, характеризующуюся снижением половой активности.

**Ингибиторы моноаминооксидазы (МАО).** Группа антидепрессантов, тормозящих активность фермента моноаминооксидазы и тем самым препятствующих разрушению биогенных аминов (катехоламинов, серотонина и др.). К И.м. относится ниаламид (нуредал).

**Индекс протромбиновый.** Показатель свертываемости крови – отношение протромбинового времени здорового человека к протромбиновому времени исследуемого, выраженное в процентах (в норме 95-105%). Учитывается при назначении терапии нейролептиками.

**Индивидуальная карта амбулаторного больно-**

**го.** Основной учетно-оперативный медицинский документ, заполненяемый на амбулаторного больного в поликлинических отделениях психоневрологических диспансеров и психиатрами, работающими в поликлиниках центральных районных больниц для регистрации данных врачебного наблюдения и обследования, проводимого лечения и мероприятий по социально-трудовой реабилитации.

**Индифферентность** (*лат. indifferens* – безразличный). Эмоциональное безразличие к каким-либо событиям, ситуациям. Наблюдается при шизофрении, депрессивных состояниях.

**Индоленция** (*ин + лат. dolor* – боль.) 1. Нарушение восприятия боли, отсутствие болевой реакции. Наблюдается при некоторых психических заболеваниях (например, при кататоническом ступоре) и органических поражениях нервной системы. 2. Безразличие, инертность.

**Инертность психическая.** Личностная особенность: замедленная сменяемость психических процессов, их торпидность.

**Инициальный** (*лат. initialis* – исходный, начальный). Начальный, первичный. Термин применяется главным образом в отношении первичных психопатологических проявлений, для обозначения начального периода заболевания.

**Инкапсуляция бреда** (*лат. in* – в, внутри, *capsula* – ящичек, оболочка). Остановка развития бреда, утрата им актуальности, влияния на поведение больного. См. *Дезактуализация бреда.*

**Инклюденция** (*лат. inclusio* – включение, вкрапление) [Tellenbach H., 1960]. Психогенная провокация эндогенной депрессии. Психогенным фактором, в первую очередь, оказывается изменение привычного образа жизни: например, переезд из квартиры, в которой человек прожил большую часть жизни, в новую. В отличие от витализации психогенной депрессии, речь идет не о перерастании сформировавшейся психогенной депрессии в эндогенную, а лишь о провоцирующем возникновении последней, преципитирующем (*лат. praecipio* – ускорять) психогенном факторе.

**Инкогерентность** (*лат. in* – отрицание, *cohaerentia* – сцепление, связь). Бессвязность. Наблюдается в мышлении и речи, не является единым в этиопатогенетическом отношении симптомом (ср.: И. при спутанности сознания и при шизофрении).

**Инкурабельность** (*лат. incurabilis* – неизлечимый). Состояние терапевтической резистентности. Доступными методами лечения добиться выздоровления больного или спасения его жизни оказывается невозможным.

**Инстинкт** (*лат. instinctus* – побуждение). Врожден-

ные формы поведения и психики, характеризующиеся видовой общностью. По И.П. Павлову, И. – сложные безусловные рефлексы, обеспечивающие осуществление жизненно важных для организма физиологических функций, необходимых для выживания вида и продления рода. Раздражителями, пускающими в ход инстинктивные реакции, являются простые физические и химические признаки значимых для организма животных, растений, объектов неживой природы – их форма, величина, цвет, запах, вкус, окраска и т.д.

В психоанализе [Freud S., 1920] И. половому и И. смерти придается важное значение в психической жизни человека: И. половой проявляется в постоянном движении к возрождению, И. смерти – в стремлении живого существа к смерти. Даже некоторые последователи S. Freud [Jones E., 1957] писали о невозможности выведения И. смерти из каких-либо биологических наблюдений. И. смерти нельзя смешивать с И. агрессии, разрушения, поскольку первый направлен субъектом на самого себя, последний же проявляется желанием убивать других [Rycroft Ch., 1979]. S. Freud, утверждая подчиненность поведения примитивным неосознаваемым влечениям и якобы присущему человеку И. смерти, пришел к выводу о неотвратимости войн и человеческого насилия, о пагубном влиянии цивилизации на психическое здоровье

[Бассин Ф.В., Ярошевский М.Г., 1989].

**Инсулин** *(лат. insulae pancreaticae* – панкреатические островки). Белково-пептидный гормон, продуцируемый бета-клетками островков Лангерганса. Регулирует уровень глюкозы в организме и его средах (утилизация глюкозы, образование гликогена, подавление глюконеогенеза). Препараты И. используются для лечения сахарного диабета и некоторых других заболеваний, протекающих с нарушениями углеводного обмена веществ: в психиатрии они применяются для инсулинокоматозной терапии.

**Инсулинокоматозная терапия** [Sakel M., 1935]. Один из основных методов активной терапии шизофрении. Ранее, в 1932 г., этот метод был предложен для лечения морфинизма. Несмотря на широкое распространение в последние годы нейролептиков, инсулинокоматозная терапия сохраняет свое значение в лечении шизофрении.

Лечение начинается после исследования углеводного обмена (сахарная нагрузка) введением парентерально повышающихся доз инсулина, начиная с 2-4 ЕД до коматозных доз. Купирование проводится вначале перорально с помощью сахарного сиропа, а затем – внутривенным введением раствора глюкозы. Курс лечения составляет 15-20 (до 40) коматозных состояний в зависимости от эффективности.

В последние годы пользуются методом форсированной И.т., при котором инсулин вводится внутривенно капельно со скоростью 1,5 ЕД/мин. [Авруцкий Г.Я., Недува А.А. и соавт., 1984].

**Инсулинома.** Гормонально-активная опухоль, развивающаяся из бета-клеток островков Лангерганса, разновидность инсуломы, поражающей островки Лангерганса в целом. Характерна гиперпродукция инсулина, что клинически проявляется периодически возникающими состояниями гипогликемии, приводящими к коматозным нарушениям сознания.

**Инсульт** *(лат. insultus* – приступ). Острое нарушение мозгового кровообращения с развитием стойких симптомов поражения ЦНС, характер которых зависит от локализации И. В зависимости от патогенетических особенностей и клинической картины различают И. геморрагический (апоплексический), ишемический, тромботический и эмболический.

**Интеграция психическая.** Целостное функционирование различных психических процессов.

**Интеллект** *(лат. intellectus* – понимание, познание). Основа функционирования мышления, способность к мыслительной деятельности, рациональному познанию. При таком понимании мышление рассматривается как И. в действии. Различают собственно И. и его предпосылки (память, внимание, активность

познавательных процессов, упражняемость, утомляемость).

**Интеллектуализация** (*лат. intellectualis* – умственный). Один из механизмов психологической защиты, проявляющийся подменой сугубо аффективных переживаний их рассмотрением, трактовкой с интеллектуальных позиций.

**Интеллектуальный возраст.** Принятое в психологии некоторых стран обозначение степени снижения интеллекта, интеллектуального коэффициента, применительно к соответствующему возрасту психического развития. Ведет начало с применения теста Бине. При этом игнорируется различие структуры психики в процессе развития и болезни.

**Интеллектуальный коэффициент (IQ).** Попытка выразить уровень развития интеллекта, мыслительной деятельности в усредненных статистических показателях с помощью специальных психологических тестов (Векслера, Равена). Различают И.к. по вербальным и невербальным методикам. В отечественной психологии понятие И.к. подвергается критике, так как оно не учитывает упражняемости ряда свойств, характеризующих этот показатель. Понятие И.к. не отражает структуру психического дефекта. По A. Anastasi, И.к. – это только условный способ выражать оценку в некоторых видах тестов.

**Интенция** *(лат. intentio* – стремление). Направленность сознания, мышления на какой-нибудь объект.

**Интенция парадоксальная** *(греч. paradoxos* – невероятный, странный). См. *Франкля метод парадоксальной интенции.*

**Интеракционизм** *(лат. inter* – между, *actio* – действие, деятельность). Одно из ведущих направлений в современной социальной психологии ряда западных стран. Воздействие людей друг на друга в обществе, которое понимается как система непосредственных коммуникаций, рассматривается как основной источник формирования личности. Сущность интерперсональных отношений сводится к «обмену символами» в процессе общения. Ролевое поведение человека понимается исходя из того, насколько оно соответствует социальным нормам. Исключительное значение придается способности человека представлять, как его понимает партнер по общению или группа; соответственно этому объект интерпретирует ситуацию и конституирует собственные действия. Основной недостаток И. – сведение общественных отношений к непосредственной коммуникации при игнорировании социально-исторических факторов и эмоционального аспекта взаимодействия людей. Широко используется в психотерапевтической практике (см. *Келли ролевая психотерапия).*

**Интериктальный** (*лат. inter* – между, среди, *ictus* – припадок, приступ). Межприступный.

**Интериоризация** (*лат. interior* – внутренний). 1. В психиатрии – переживание психически больным волнующих его обстоятельств скрытно для окружающих. 2. В психологии – формирование внутренних структур психики путем усвоения структур внешней социальной деятельности. В психоанализе понятие И. привлекается для объяснения роли интерперсональных отношений в формировании бессознательного, которое, в свою очередь, влияет на структуру сознания. В отечественной психологии И. понимается как преобразование структуры предметной деятельности в структуру внутреннего плана сознания. По С.Л. Рубинштейну [1957], внутренние условия формируются в результате внешних воздействий.

**Интермиссия** (*лат. intermissio* – задержка, прекращение, промежуток). Состояние между двумя психотическими приступами, характеризующееся полным восстановлением психической деятельности.

**Интермиттирующий** (*лат. intermittens* – перемежающийся, прерывающийся). Тип течения болезни, характеризующийся интермиссиями.

**Интернатура** (*лат. internus* – внутренний). Первичная специализация выпускников медицинских институтов по одной из врачебных профессий, проводимая

после сдачи государственных экзаменов, на базе лечебно-профилактических учреждений под наблюдением и руководством соответствующей кафедры вуза.

**Интероцептор** (*лат. interior* – внутренний, *capio* – брать, принимать). Рецепторы, воспринимающие раздражение во внутренних органах, полостях тела, кровеносных сосудах.

Син.: интерорецептор.

**Интероцепция** (*лат. interior* – внутренний, *capio* – брать, принимать). Физиологический процесс возникновения, проведения и переработки в ЦНС импульсов, поступающих от интероцепторов.

Син.: интерорецепция.

**Интерсекс** (*лат. inter* – между, среди, взаимно, *sexus* – пол). Организм, лишенный четких признаков какого-либо одного пола, занимающий промежуточное положение между мужским и женским типами полового развития.

**Интерсексуализм.** См. *Гермафродитизм.*

**Интоксикация** (*лат. in* – в, внутрь, *греч. toxicon* – яд). Отравление организма в связи с накоплением в нем ядовитых веществ экзогенного или эндогенного происхождения.

**И. метафизическая** [Ziehen Th., 1924] – наблюдающиеся в юношеском возрасте состояния, характери-

зующиеся чрезмерной, оторванной от реальной действительности, абстрактной интеллектуальной деятельностью, доминирующей в психической жизни больного, и наличием гипертрофированного одностороннего интереса к познавательной деятельности.

Болезненные переживания могут носить характер сверхценных идей, перерастающих в бредовые (сверхценный бред). Часто сопровождается навязчивым мудрствованием, резонерством, явлениями аутизма. Наблюдается главным образом при шизофрении юношеского возраста и, реже, при шизоидной психопатии.

Син.: И. философическая.

**Интолерантность** *(лат. intolerantia* – непереносимость, нетерпимость). Невыносливость, непереносимость.

**Интракраниальный** *(лат. intra* – внутри, в, *греч. kranion* – череп). Внутричерепной.

**Интранатальный** *(интра + лат. natus* – рождение). Относящийся к периоду родов.

**Интрапсихический** *(интра + греч. psyche* – душа). Внутрипсихический, возникающий внутри психики. См. *Атаксия интрапсихическая.*

**Интровертированность** *(лат. intro* – движение внутрь, *verto* – обращать, поворачивать). Особенность личности, характеризующаяся внутренней на-

правленностью переживаний, склонностью к погружению в мир собственных чувств и мыслей, малой зависимостью содержания психики от контактов с окружающими, пассивностью в общении. См. *Юнга типы личности.*

Син.: интроверсия.

**Интроекция** *(интро + лат. jacio* – бросать). В психиатрии – отождествление себя с образом другого человека (например, отца, идеального героя и т.п.). Термин используется психоаналитиками для объяснения механизмов невроза. По C. Jung, И. является процессом ассимиляции, тогда как проекция – процессом диссимиляции.

**Интроспекция** *(лат. introspecto* – смотреть внутрь). В психиатрии – изучение психопатологической картины методом самонаблюдения, анализа самим больным своих ощущений, переживаний, рассуждений и их описания.

**Интуиция** *(лат. intueri* – пристально, внимательно смотреть). Способность непосредственно, как бы «внезапно», не прибегая к развернутому логическому умозаключению, постигать истину; внутреннее «озарение», просветление мысли. В действительности И. представляет собой такой скачок на пути к познанию действительности, в основе которого лежат уже накопленные знания, предшествующий опыт. И. воз-

никает лишь на базе прежнего чувственного опыта. Появившаяся интуитивно мысль требует логической проверки путем сопоставления с другими мыслями относительно изучаемого явления и может быть передана, если она будет сформулирована, то есть построена по правилам логики [Кондаков Н.И., 1975].

**Интуиция бредовая.** Возникающие внезапно, без улавливаемой связи с предшествующими переживаниями бредовые идеи (бред интуиции).

По K. Jaspers [1913], это бредовые представления, характеризующиеся ретроспективным переосмыслением реальных воспоминаний или внезапными наитиями, «озарениями», не вытекающими из предшествующих размышлений и возникающими совершенно неожиданно. Такое интуитивное мышление часто наблюдается при шизофрении и связывается с расщеплением личности [Bleuler M., 1972].

**Инфантилизм** (*лат. infantilis* – детский, младенческий). Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением присущих детскому или подростковому возрасту особенностей организма, личности.

**Инфантилизм двигательный** [Homburger A., 1926]. Проявление недостаточности развития двигательных функций, идущей параллельно с запаздыва-

нием умственного развития, проявлениями психического инфантилизма. При этом отсутствуют признаки органических изменений в головном мозге, пирамидные или экстрапирамидные симптомы, чем двигательный инфантилизм отличается от дебильности двигательной.

**Инфантилизм психический** [Lasegue E.Ch., 1864; Anton G., 1906]. Особый вид остановки развития личности на ювенильной ступени. Отмечается в первую очередь эмоциональными характерологическими особенностями, неустойчивостью настроения, плохо контролируемыми влечениями, недостаточностью сознательной и целевой активности, в ряде случаев – поверхностными, незрелыми суждениями. G. Anton выделял так называемый «парциальный» психический инфантилизм, характеризующийся отсутствием какого бы то ни было интеллектуального дефекта и проявляющийся лишь нарушениями поведения. По Г.Е. Сухаревой [1959], различаются органический, дисгармонический и гармонический варианты психического инфантилизма в зависимости от того, к чему примыкают его симптомы – к олигофрении, к психопатиям или норме. Нередко психический инфантилизм сочетается с физическим.

**Инцест** (*лат. in* – отрицание, *eastus* – чистый, непорочный). Кровосмешение, половые сношения меж-

ду близкими родственниками (родителями и детьми, братьями и сестрами).

**Ио синдром.** Описан В. Йончевым [1979] как разновидность хронической тасикинезии, то есть состояния повышенной двигательной активности, Наблюдается при органических поражениях головного мозга с диэнцефально-эндокринными и подкорковыми (экстрапирамидными) расстройствами, как осложнение терапии нейролептиками и реже при паркинсонизме. Тасикинезия при этом не ограничивается пределами помещения: больные, испытывающие мучительные внутренние побуждения к движению, проходят в день десятки километров.

Назван именем Ио, ставшей, согласно древнегреческому мифу, причиной раздора между Зевсом и его женой Герой. По настоянию ревнующей Геры, Ио была обращена Зевсом в белоснежную корову и обречена на длительные скитания, гонимая насланным на нее Герой оводом. История Ио описана Овидием в «Метаморфозах».

**Иоанна Святого болезнь.** Одно из старинных названий эпилепсии.

**Иофобия** *(греч. ios* – яд, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь ядов, возможности случайного отравления.

**Ипохондрическая фиксация** *(греч. hypochondrion*

– подреберье, где, по мнению древних, локализовался болезненный источник этого состояния). Чрезмерная сосредоточенность, застревание интересов человека на вопросах своего здоровья, стремление регистрировать малейшие, по представлению больного, его отклонения от нормы. Частый признак невротических состояний и развитии, в происхождении которого важную роль могут играть преморбидные особенности личности (например, наличие тревожно-мнительных черт характера).

**Ипохондрические тревожные опасения.** Тревожные опасения нозофобического характера. Частый признак психастении. Способствуют возникновению ипохондрической фиксации, ипохондрического невроза.

**Ипохондрическое развитие.** Патологическое развитие личности, характеризующееся преобладанием в клинической картине ипохондрического синдрома, приводящее к социальной дезадаптации больного. Прослеживается динамика от ипохондрических опасений до ипохондрически-параноического синдрома.

**Ипохондрия** *(греч. hypochondrion).* Необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания. Нередко ипохондрическое симптомообразование тесно связано с сенестопатиями. И. представляют собой психопатологиче-

ский синдром, отличающийся многообразием клинических проявлений и различной нозологической принадлежностью. И. может протекать на уровне невротическом, сверхценных и бредовых идей.

**И. персекуторная.** Сочетание ипохондрического синдрома с бредом воздействия и отношения, сенестопатиями, галлюцинациями. Такие больные представляют опасность в плане суицидальных и гомицидальных, направленных на медицинских работников, тенденций («преследуемый» становится «преследователем»).

**И. ятрогенная** [Higier H., 1928]. Ипохондрические состояния, возникающие в связи с неправильной врачебной тактикой, неосторожно сказанным словом медицинского работника, коммерческими тенденциями в фармации и т.д. Различают И.я. псевдосифилитическую, псевдотуберкулезную, диэтетическую, рентгенографическую и т.д.

**Ипсация** (*лат. ipse* – сам). См. *Онанизм.*

**Иррадиация аффекта** (*лат. irradiare* – сиять, испускать лучи, *affectus* – душевное волнение, страсть). Последовательное, внешне беспричинное перемещение отрицательного или положительного аффекта больным с одного лица на другое.

**Иррелевантные раздражители** (*фр. irrelevant* – не относящийся к делу). Слова, которые, будучи вклю-

ченными в ассоциативный эксперимент в качестве раздражителей, не вызывают аффективных реакций. В отличие от них неиндифферентные раздражители являются стимулами для такого рода реакций, отражающих их значимость для обследуемого. Аффективная реакция обычно проявляется в увеличении латентного периода ответной речевой реакции, ее многословии, смысловом соответствии болезненным переживаниям.

**Исключительные состояния.** Группа острых кратковременных психотических расстройств, различных по этиологии, но обладающих сходством по ряду существенных клинических признаков (внезапное начало, всегда в связи с внешней ситуацией; непродолжительность; протекание с нарушенным сознанием; по выходе – полная или частичная амнезия). К И.с. относятся опьянение патологическое, аффект патологический, психогенно обусловленные сумеречные состояния сознания, патологическое просоночное состояние, реакция «короткого замыкания». В преморбиде важное значение имеют нерезко выраженные резидуально-органические изменения головного мозга [Морозов Г.В., 1979], конституциональное, особенно эпилептоидное, предрасположение, факторы, приводящие к временному изменению реагирующей почвы, то есть к временно приобретенному предраспо-

ложению [Осипов В.П., 1941], – астения, истощение в связи с предшествующим перевозбуждением, напряжением, бессонница. Диагностика И.с. опирается на их психопатологическую структуру, она чаще всего является предметом судебно-психиатрической экспертизы. В отличие от других форм И.с. сумеречные состояния могут неоднократно возникать у одного и того же лица.

Лица, совершившие общественно опасные действия в И.с., признаются невменяемыми.

**Искусственное питание.** Применяется при отказах от еды, обусловленных психическим состоянием больного (при кататоническом ступоре с негативизмом, вследствие бредовых переживаний). Осуществляется с помощью зонда, вводимого в желудок через нос. Вначале необходимо убедиться в том, что зонд попал в желудок и исключить возможность его нахождения в дыхательных путях. С этой целью пользуются несложными пробами: например, к воронке зонда подносят горящую спичку. Если зонд в желудке, спичка не гаснет. Затем через зонд вводится питательная смесь, тщательно измельченная, чтобы избежать закупорки зонда. Смесь должна содержать необходимые для жизнедеятельности количества жиров, белков и углеводов, витамины. Чаще всего для приготовления смеси используются сырые яйца, сливки, моло-

ко, масло, сахар.

**Испуг.** Один из вариантов реакции ЦНС на возможную опасность, может носить характер физиологического рефлекторного акта, но иногда проявляется психопатологической симптоматикой (паническое бегство, эмоциональный ступор). Выражены вегетативные проявления – тахикардия или брадикардия, побледнение лица, обмороки, похолодание конечностей, сухость во рту и другие. Иногда переживание страха носит отставленный характер, проявляется с опозданием.

При значительной силе психической травмы или наличии неполноценной почвы (психопатия, астенизация, резидуальные проявления органической патологии) возможны состояния нарушенного сознания импульсивные поступки, развитие реактивных психозов.

**Истериформные расстройства** *(греч. hystera* – матка, *formis* – подобный, похожий). Истероподобные психические (двигательные, сенсорные и вегетативные) расстройства. При внешнем сходстве с истерией И.р. обусловлены другими этиологическими факторами и наблюдаются при неврозоподобных состояниях эндогенного и экзогенно-органического генеза.

**Истерическая дуга** *(лат. arcus hystericus).* Поза тела, обусловленная приступом общих тонических су-

дорог. Тело выгибается дугой и опирается на затылок и пятки. В настоящее время в связи с патоморфозом истерии встречается крайне редко.

Син.: Шарко дуга истерическая.

**Истерический комок** *(лат. globus hystericus).* Чувство комка в горле (клубка, спазма, шара), возникающего в начале истерического припадка. В несколько редуцированном виде возникает при других неврозах, протекающих с истерическими включениями.

**Истерия** *(греч. hystera* – матка; в Древней Греции И. связывали с нарушениями функции матки). Психопатологический симптокомплекс, включающий полиморфные функциональные психические, соматические и неврологические расстройства, характеризующиеся высокой внушаемостью больных и склонностью их к самовнушению, стремлением привлечь к себе внимание. В настоящее время пониманию И. как нозологической формы противостоит выделение истерического невроза и психопатии истероидного круга (см.).

**Истерия алкогольная.** Один из вариантов изменений личности при алкоголизме. Истерические реакции наблюдаются как в трезвом состоянии, так и в опьянении. Характерны подчеркнутая театральность поведения, стремление привлечь к себе внимание окружающих, своеобразное бахвальство, склонность к пре-

увеличениям, позерству, лживость вплоть до фантастической псевдологии.

**Истерия командная.** Одна из форм истерических реактивных психозов, возникающих в ситуации боевых действий. Характерно суженное сознание; уже будучи эвакуированными в тыловые лечебные учреждения, больные остаются в состоянии возбуждения и громким, часто сорванным голосом продолжают выкрикивать команды.

**Истерия тюремная** [Kraepelin E., 1915]. Одно из первых определений наблюдающихся в судебно-психиатрической практике реактивных истерических психозов, возникающих в ситуации ареста и заключения. См. *Психозы тюремные.*

**Истерогенные зоны** *(истеро + греч. genes* – порождающий, вызывающий). Болезненные точки на теле больного истерией (на затылке, руках, под ключицей, грудными железами, на нижней части живота и т.д.), надавливание на которые может вызвать истерический припадок. В механизме такого припадка большое, если не исключительное, значение имеют явления внушения и самовнушения.

**Истероид** *(истеро + греч. eides* – подобный, похожий). Обозначение истериформных состояний, внешне по клиническим проявлениям напоминающих истерию, но обусловленных другим заболеванием. Так,

Я.П. Фрумкин [1946] писал о психопатологических состояниях, истерических по форме, но органических по существу.

**Истероид органический** [Mayer-Gross W., 1930] – истериформные проявления при органических поражениях головного мозга. За грубой картиной псевдодеменции стоит истинная деменция.

**Истерокаталепсия** *(истеро + греч. katalepsia –* схватывание). Истерический припадок, протекающий с каталептической обездвиженностью.

**Истероневрастения.** Невротическое состояние, в клинической картине которого сочетаются симптомы неврастении и истерии. Более правильно определять невроз по ведущим этиопатогенетическим и клиническим особенностям и говорить о включениях симптоматики другого невроза.

**Истероэпилепсия.** Термин, по H. Gastaut [1975], неправильный и нерекомендуемый, под которым понимают: 1) сочетание эпилептических припадков и истерических приступов у одного и того же больного, что, хотя и возможно, не служит основанием выделять такое сочетание в отдельную нозологическую единицу; 2) припадки, напоминающие эпилептические, однако вызываемые или прекращаемые внушением, то есть по сути истерические; 3) истериформные эпилептические припадки.

**История болезни.** Основной учетно-оперативный документ, составляемый на больного в стационаре. Психиатрическая И.б. имеет свои особенности; в ней обязательно должны быть представлены объективный анамнез, подробное описание, наряду с сомато-неврологическим, психического состояния в динамике; регистрируются сведения о диагнозе, течении и исходе болезни, проводившиеся лечебно-профилактические мероприятия. При выписке больного эпикриз из И.б. направляются в учреждения внебольничной психиатрической помощи для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий и динамического наблюдения.

**История психиатрии.** Раздел истории медицины, предметом исследования которого является психиатрия, ее научное и организационно-методическое развитие, периодизация, изучение основных теорий, концепций и их роли в развитии психиатрических знаний и организации помощи психически больным – лечебно-профилактической, реабилитационной. И.п. за рубежом и в России отражена в трудах Ю.В. Каннабиха [1936], Т.И. Юдина [1951], Д.Д. Федотова [1957], В.Ф. Круглянского [1979].

**Исходные состояния.** Стойкие состояния глубокой психической деградации как заключительная стадия патологического процесса. Это понятие наиболее

разработано применительно к шизофрении, при которой И.с. сменяют стадию психического дефекта. Если при дефекте возможна клиническая динамика как в сторону дальнейшего его углубления, так и, при известных условиях, в сторону ослабления, то для И.с. характерна стабильность декомпенсации [Амбрумова А.Г., 1962].

А.О. Эдельштейном [1938] разработана типология И.с. шизофрении в соответствии с деструкцией личности: 1) синдром апатического слабоумия (деменции побуждений), при котором на первый план выступают нарушений функционирования экстраинтеллектуальных факторов; 2) «органический» тип исходного слабоумия, характеризующийся расстройствами критики, банальностью и примитивностью суждений, бедностью мышления, истощаемостью психических процессов; 3) синдром руинирования – тотальный распад интеллекта и личности, когда остаются сохранными лишь низшие психические функции. Случаи шизофренического исходного состояния, в которых особую роль играла глубокая личностная дезинтеграция, выделялись как синдром личностной дезинтеграции.

А.Г Амбрумова в качестве И.с. шизофрении рассматривает лишь стабилизированные резидуально-дефектные состояния, характеризующиеся полной декомпенсацией, к которым она относит синдром

руинирования, по А.О. Эдельштейну.

**Итерация (** *лат. iteratio* – повторение). Эпизодическое ритмическое повторение одного и того же двигательного акта, слова, части фразы. Эти явления носят характер спонтанных, регулярных, бессмысленных в данной ситуации, лишены эмоциональной окраски, ограничены во времени. Различают И. двигательную, памяти (непроизвольное возникновение одних и тех же воспоминаний), речевую. Наблюдается при кататонических синдромах, постэнцефалитических состояниях, особенно при стриарных гиперкинезах, при глубоком слабоумии, эпилептических сумеречных состояниях, в процессе обратного развития коматозного состояния посттравматического или интоксикационного генеза.

Помимо двигательных и речевых, выделяют также И. памяти, характеризующиеся непроизвольным возникновением одних и тех же воспоминаний.

При слабоумии старческом и Альцгеймера болезни (см.) наблюдается итеративная суетливость [Kleist K., 1928] – симптом, проявляющийся в бессмысленной занятости, бесцельных поисках чего-то. Больные постоянно копаются в своих вещах, одежде, постели, вяжут их в узлы. Часто сочетается с апрактическими расстройствами.

К И. могут быть отнесены психомоторные стерео-

типии, палилалия, палиграфия, персеверации, паликинез.

**Иценко–Кушинга болезнь** [Иценко Н.М., 1925; Cushing H., 1932]. Заболевание, обусловленное поражением диэнцефальной области и гипофиза, вследствие которого происходит избыточное выделение адренотропного гормона гипофиза и стимуляция функции коры надпочечников. Болезненные нарушения проявляются артериальной гипертензией, эндокринно-обменными расстройствами (обезображенное, «луноподобное» лицо, ожирение, вирилизм и гирсутизм у женщин), психогенными и неврозоподобными симптомами. Возможны психотические шизофреноподобные эпизоды. Характерны астения, аффективная лабильность, апатические изменения. Чаще всего И.–К.б. является следствием аденомы гипофиза.

Син.: базофоилизм гипофизарный, болезнь Кушинга.

**Иценко–Кушинга синдром** [Иценко Н.М., Cushing H.]. Симптомокомплекс, характерный для Иценко–Кушинга болезни, обусловленный гиперфункцией коры надпочечников (чаще при наличии гормонально-активной опухоли), а также при длительном применении препаратов адренокортикотропного или кортикостероидных гормонов.

Син.: Кушинга синдром.

**Ишемия** *(греч. ischo* – задерживать, препятствовать, *haima* – кровь). Нарушение (уменьшение) кровоснабжения участка тела, органа, ткани в связи с ослаблением или прекращением притока крови. В психиатрии приобретает важное значение И. головного мозга (см. *Инсульт ишемический*.

**Йирасека тест школьной зрелости** [Jirasek J., 1968]. Используется для определения готовности ребенка к обучению в школе. Содержит три задания: рисование фигуры человека, подражание письменным буквам и срисовывание группы точек. Оценка каждого задания производится по пятибалльной системе. Исследуются тонкая моторика, сочетанное функционирование зрительного анализатора и системы, обеспечивающей движения правой руки, умение подражать образцам. Ориентировочно оценивается и общее умственное развитие. Применяется для исследования детей в возрасте 6 лет. Модификация аналогичного по задачам теста Керна [Kern A., 1963].

**Йорданова шкала клинической оценки психостимуляторов** [Йорданов Й., 1984]. Включает 6 разделов: соматические и невротические нарушения, психические расстройства, диссомнии, чувство дискомфорта, понижение работоспособности, побочные явления. Оценка симптомов производится в баллах.

Позволяет сравнивать препараты психостимулирующего действия и давать количественную оценку их эффективности.

# К

**Каган–Лемкин рисуночный тест** [Kagan J., Lemkin J., 1960]. Одна из проективных психологических методик, предназначенная для исследования детей. Обследуемому предъявляют серию из 10 рисунков, на каждом из которых изображен ребенок, завязывающий контакты с кем-то невидимым или видимым лишь частично: например, чья-то рука удерживает ребенка, помогает ему что-то сделать, дает ему подарок или, например, мороженое. При расспросе выясняют, кого усматривает обследуемый в невидимом персонаже рисунка – мать, отца или кого-нибудь другого. Интерпретация ставит целью уяснение особенностей взаимоотношений ребенка с окружающими.

**Кагана симптомы детского аутизма** [Каган В.Е., 1976].

1. Симптом мимической атонии – своеобразная мимика лица ребенка, не выражающая каких-либо эмоций, постоянное сонно-задумчивое, с оттенком недоумения выражение лица, которое меняется только при сильных, в высокой мере эмоционально значимых стимулах.

2. Симптом отсутствия звукоизобразительных и звукоподражательных образных слов, свидетельству-

ющий о выпадении одного из этапов нормального речевого развития, характерно для детей раннего возраста.

См. *Аутизм детский.*

**Кайзера – Флейшера кольцо** [Kayser B., 1902; Fleischer R., 1903]. Проявляется красно-бурой окраской у наружного края роговицы шириной 1-2 мм. Обусловлен высокой концентрацией медьсодержащего пигмента. Симптом, характерный для гепато-церебральной дистрофии.

**Кайрофобия** *(греч. kairos* – определенный период времени, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь новых ситуаций, связанных с переменой места, появлением незнакомых людей, в обстановке, требующей повышенного внимания, предъявляющей повышенные требования. К К. В.С. Гуськов [1965] относит и клаустрофобию, агорафобию, никтофобию.

**Какергазия** *(греч. kakos* – плохой, *ergasia* – работа, действие, деятельность) [Meyer A., 1908]. См. *Мерергазия, Майера эргазиология.*

**Какогейзия** (*како + греч. geusis* – вкус). Притупление вкуса, субъективно ощущаемая гипогейзия (см.). Наблюдается, главным образом, при органических поражениях ЦНС и истерии.

**Какосмия** (*како + греч. osme* – запах, обоняние). Субъективно ощущаемое ослабление обоняния.

**Калантор** *(фр. calanture* от *лат. caleo* – быть теплым, горячим). Лихорадочный делирий, наблюдающийся у мореплавателей в тропических зонах. Характеризуется двигательным возбуждением, зрительными галлюцинациями и непреодолимым желанием броситься в море. Рассматривается как следствие, проявление солнечного или теплового удара [Стоименов И., Рачев И., 1988].

**Кальбаума везания** *(лат. vesania* – безумие, помешательство). Термин, имеющий историческое значение. Введен K.L. Kahlbaum в 1879 г. для обозначения психозов, характеризующихся видоизменяющимися, чередующимися симптомокомплексами, представляющими тотальные нарушения психической деятельности и ведущими к заключительному слабоумию. Везаниям противопоставлялись векордии *(лат. vecordia* – неразумие, безрассудство), характеризующиеся неподвижной, стационарной, симптоматикой и не ведущие к распаду личности, слабоумию. Психические расстройства при векордиях не носят тотального характера, им присуща известная направленность, они захватывают преимущественно какую-либо одну сферу психики (эмоциональную, мышления).

С современной точки зрения описание К.в. соответствует представлениям о едином психозе (см.: *Целе-*

*ра–Гризингерга–Неймана концепция единого психоза)* с присущей ему психопатологической динамикой (депрессия, возбуждение, бред, слабоумие).

**Кальбаума векордия.** См. *Кальбаума везания.*

**Кальбаума кататония.** *(греч. katateino* – стягивать, напрягать) [Kahlbaum K.L., 1863]. Описание кататонии как стадии единого психоза, протекающего с типичной сменой психопатологических симптомокомплексов: простая меланхолия, мания, атоническая меланхолия (собственно кататония), вторичное слабоумие. Кататония рассматривалась K.L. Kahlbaum как наиболее интенсивное проявление сочетания психических расстройств с поражением двигательной сферы. К.к. (или кататоническая везания) была включена E. Kraepelin в его систематику раннего слабоумия, а затем E. Bleuler рассматривалась как форма шизофрении.

**Кальбаума неофрения** *(греч. neos* – новый, молодой, *phren* – ум, рассудок) [Kahlbaum K.L., 1879]. Общее название психозов детского возраста, врожденных или приобретенных в самые первые годы жизни и выражающихся симптомами дефективности или недоразвития.

**Камерона концепция «сверхвключения»** [Cameron N., 1938]. Психологическая теория, объясняющая характер расстройств познавательной дея-

тельности при шизофрении невозможностью удержаться в заданных смысловых границах, своеобразным нарушением селективности привлекаемой информации, результатом расширения условий мыслительной задачи. Причины сверхвключения видят в нарушениях гипотетического механизма фильтрации, в нарушениях тормозящих установок, в аутистической личностной позиции больных шизофренией, их неконформности. Вопросы нарушения избирательности информации в познавательной деятельности больных шизофренией Ю.Ф. Поляковым [1961, 1969, 1972, 1974] рассматриваются в другом аспекте, в связи с присущими больным шизофренией особенностями актуализации знаний на основе прошлого опыта. И.М. Фейгенберг [1963, 1977] обнаружил у больных шизофренией дезорганизацию вероятностной возможности привлечения элементов прошлого опыта и использования их для прогнозирования будущего. Так, например, рыхлость ассоциаций объясняется тем, что больному шизофренией равно легко извлечь из памяти высоко– или маловероятную ассоциацию.

В.М. Блейхер [1981, 1983] рассматривает сверхвключение как результат снижения уровня мотивации у больных шизофренией, которое приводит к нарушениям личностного смысла, а затем уже к нарушениям

селективности информации. В чистом виде амотивационное мышление представлено при простой форме шизофрении.

**Камптокормия** *(греч. kampto* – гнуть, сгибать, *kormos* – туловище) [Brodie, 1837]. Симптом истерии. Заключается в придании туловищу на длительное время неестественной позы, например в сгибании его вперед почти под прямым углом или в наклоне в сторону. Для К. характерны невозможность выпрямиться, сопротивление при попытке извне придать туловищу нормальную позу, сохранение такого положения при любых движениях, в том числе и при ходьбе, сильная приступообразная боль в спине и конечностях, свисание рук вдоль боков, расстройство походки, сочетаемость с другими истерическими симптомами. В положении лежа такое сгибание туловища исчезает и позвоночник приобретает правильную конфигурацию. Наблюдается главным образом в военное время у солдат и призывников, у женщин – крайне редко.

**Кана пойкилотомическая психопатия.** См. *Психопатия реактивно-лабильная.*

**Кана реакция** [Kahn R., 1922]. Серологическая реакция преципитации для диагностики сифилиса. При смешивании ликвора или сыворотки крови больного сифилисом с холестеринизированным антигеном выпадают хлопья.

**Кандинского–Клерамбо синдром** [Кандинский В.Х., 1880; Clerambault G., 1920]. Синдром психического автоматизма, включающий в себя псевдогаллюцинации, бредовые идеи преследования, психического и физического воздействия, явления психического автоматизма. Мысли больного как бы текут помимо его воли, кажутся ему чужими. Характерно убеждение в отчужденности мыслей, поступков. Отмечаются явления «насильственного» мышления, проявляющиеся в жалобах больных на то, что их мысли становятся известными другим, читаются на расстоянии (симптом открытости), «отнимаются» или, наоборот, «вкладываются» в них. Отмечается насильственный наплыв мыслей – ментизм. Различают такие компоненты синдрома: 1) идеаторный – «открытость» мысли; 2) сенсорный – «сделанность» ощущений и 3) моторный – «сделанность» движений. Соответственно различают идеаторные, сенсорные и моторные автоматизмы.

Наблюдается главным образом при шизофрении, значительно реже – при органических психозах.

Син.: синдром влияния Селье–Кронфельда [Ceilier, Kronfeld A.], синдром отчуждения Леви-Валанси [Levi-Valensi J.], полисиндром внешнего воздействия [Claude H.], патологический автоматизм [Nayrak], церебральный автоматизм [Mignard].

**Кандинского симптом** [Кандинский В.Х., 1880]. Описанные автором при идеофрении (см. *Идеофрения*) приступы особого рода головокружений с изменением чувства почвы под ногами, ощущением невесомости своего тела, изменением его положения в пространстве, протекающие с остановками мышления (см. *Крепелина шперрунги).* В генезе этих приступов существенную роль, по В.Х. Кандинскому, играют вестибулярные нарушения. Симптом характерен для начальной и острой шизофрении [Снежневский А.В., 1952].

Син.: Клооса припадки [Kloos G., 1935].

**Каннабиха–Лиознера симптом** [Каннабих Ю.В., Лиознер С.А., 1934]. Псевдогаллюцинации в виде беззвучных окликов, принадлежащих совершенно незнакомым лицам, и обращений к больным по уменьшительному имени. Характерны для начальной или рудиментарно протекающей шизофрении. Рассматривались как специфическое для шизофрении проявление психического автоматизма, разыгрывающегося в одной из сенсорных областей (слуховой).

**Каннера синдром.** См. *Аутизм детский.*

**Каннера феномен тождества** [Kanner L., 1943]. Симптом детского аутизма, проявляющийся стремлением поддерживать неизменной окружающую обстановку. Наиболее ярко проявляется в раннем возрасте.

Ребенок, кажущийся отгороженным от действительности и не воспринимающим ничего вокруг, реагирует бурным протестом на мельчайшие изменения обстановки. В основе развивающегося состояния возбуждения лежит страх – от беспокойства до реакции типа паники.

**Канцерофобия** (*лат. cancer* – рак, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заболеть злокачественной опухолью. Разновидность нозофобии. Наблюдается при неврозах навязчивых состояний, ипохондрическом, при психастении.

**Капгра синдром** [Capgras M.J., 1923]. Характеризуется нарушениями узнавания, идентификации людей. Больной не узнает родственников и знакомых, принимает их за двойников, близнецов или загримированных под них подставных лиц (симптом отрицательного двойника [Vie J., 1930]). В других случаях незнакомые лица воспринимаются как знакомые (симптом положительного двойника [Vie J., 1930]). Часто сочетается с бредовыми трактовками, с феноменами «уже виденного» и «никогда не виденного», явлениями психического автоматизма. Различаются [Шумский Н.Г., 1979] четыре формы К.с.: 1) иллюзорная форма ложного узнавания; 2) иллюзорно-бредовая; 3) бредовая форма (к ней относят бред двойника и Фреголи симптом); 4) ложные узнавания с бредом и сенсорными

расстройствами (к ним относится бред интерметаморфозы).

Наблюдается при многих психических заболеваниях и в целом рассматривается как нозологически мало специфичный [Scheid K.F., 1937]. Отмечается нозологическая специфичность отдельных форм К.с. [Шумский Н.Г., 1979]: например, иллюзорная форма характерна для астенических состояний, бредовая – для инволюционной меланхолии и циркулярной депрессии, при шизофрении встречаются все формы, за исключением иллюзорной, и т.д.

Син.: иллюзия Капгра, синдром нераспознания, фантомный синдром двойника, иллюзия двойников, синдром ошибочного узнавания и неузнавания.

**Карандаева фотометрический метод определения алкоголя** [Карандаев С.И., 1964]. Применяется для количественного определения алкоголя в крови и моче. Основан на том, что при окислительно-восстановительной реакции между алкоголем и гидрохроматом калия хром из шестивалентного переходит в трехвалентное состояние и в присутствии серной кислоты образует синего цвета сульфат хрома. Количественное содержание алкоголя определяется по градации переходных оттенков окраски раствора, в котором произошла реакция.

**Кардиазоловый тест.** Метод выявления судорож-

ной готовности путем провокации припадков введением внутривенно 2 мл раствора кардиазола, являющегося сильным стимулятором деятельности ЦНС, в первую очередь дыхательного и сосудодвигательного центров. Используется как в клиническом варианте (при судорожной готовности возникают генерализованные припадки), так и при ЭЭГ исследовании.

**Кардиазолосудорожная терапия.** Метод активной терапии психических заболеваний [Meduna L.J., 1934]. Быстрым введением внутривенно 3-4 мл 10 %-ного раствора кардиазола вызывается развернутый судорожный припадок, наступающий примерно через 5-10 с после инъекции. По своему действию и эффективности близка к ЭСТ. Показания те же: резистентные к лечению инсулином и нейролептикамии формы шизофрении и безуспешно леченные антидепрессантами и принимающие затяжное течение депрессивные состояния. Метод опасен и в настоящее время в психиатрии не применяется.

**Кардиофобия** *(греч. kardia* – сердце, *phobos* – страх) [Kullenkampf C., Bauer A., 1960]. Приступообразно возникающее чувство страха, относящееся к деятельности сердца. Больные испытывают страх остановки сердца, смерти. При объективном исследовании, в том числе и на ЭКГ, признаки нарушения функции сердца не обнаруживаются. Часто наблюда-

ется при невротических ипохондрических развитиях, эндогенной депрессии, реже – при височной эпилепсии.

**Карликовость** *(лат. nanismus).* Следствие значительной задержки роста костей при сохранении полной или частичной пропорциональности их строения. Причины К. – недостаточность передней доли гипофиза (гипофизарный нанизм), желез внутренней секреции (нанизм гипотиреоидный, надпочечниковый). К. может быть следствием ряда заболеваний (нанизм почечный, митральный, рахитический и др.). Карликовым считается рост до 130-140 см в зрелом возрасте.

Син.: нанизм, микросомия, наносомия.

**Карпентера синдром** [Carpenter G., 1909]. Характеризуется сочетанием олигофрении, ожирения и признаков внутриутробной стигматизации. Умственное недоразвитие выражено значительно. Характерно ожирение лица, тела, проксимальных отделов конечностей. Типичны акроцефалия, асимметричность черепа, плоская переносица, гипертелоризм, «антимонголоидный» разрез глаз, латерально смещенный внутренний угол глаза, эпикант, гиперплазия нижней челюсти, синдактилия III-V пальцев кистей, брахимезофалангия, преаксиальная полидактилия, синдактилия пальцев стоп. Имеются предположения о наследственном характере заболевания, обусловлен-

ного редким аутосомно-рецессивным мутантным геном. Клиническая картина сходна с Лоренса–Муна–Бидля синдромом (ожирение, гипогенитализм, полидактилия) и с Апера синдромом (акроцефалия, синдактилия), что послужило основанием для гипотезы об их генетическом сходстве [Tamtamy S.A.].

**Карстен методика исследования психического пресыщения** [Karsten A., 1928]. Экспериментально-психологическая методика для исследования личности в процессе деятельности. Изучаются присущие обследуемому особенности целеобразования, возможность удержания и восстановления побуждения. Обследуемому предлагают выполнять длительное, монотонное задание: например, рисовать черточки или кружочки. Окончание деятельности не регламентируется условиями задания. При этом могут отмечаться появления вариаций деятельности обследуемого, уход от выполнения задания, различные аффективные реакции, появление новых мотивов деятельности и т.д. В нашей стране применяются также модификации методики И.М. Соловьева-Элпидинского [1935], Л.С. Славиной [1960].

**Карфология** *(греч. karphologia* – собирание клочков). Прогностически важный преагональный симптом. Характерны автоматизированные движения рук, как бы хватающих пролетающие снежинки или мелкие

предметы. При этом отмечаются тяжелые расстройства сознания и нерезко выраженное возбуждение в пределах постели. Наблюдается при мусситирующем делирии, в терминальной стадии тяжелых соматических заболеваний.

**«Каска неврастеника»** [Charcot J.M.]. Чувство сдавления головы в виде опоясывающей ее повязки, обруча. Обусловлено повышенной чувствительностью рецепторов при астенических состояниях и мышечным напряжением.

**Каспера синдром** [Casper, 1846]. Навязчивый страх покраснеть в присутствии посторонних, опасение, что это будет замечено.

Син.: эрейтофобия [Бехтерев В.М., 1896; Pitres A., Regis E., 1897].

**Кассирера синдром** [Cassirer R., 1912]. Вегетоневроз с акроцианозом, акроасфиксией, усиленным потоотделением, головокружениями, сердцебиениями. В патогенезе подчеркивается роль внешних и внутренних раздражителей при известной конституциональной предрасположенности.

**Кастена–Удара–Бюжа синдром** [Castaigne, Houdart, Buge, 1952]. Сочетание эпилепсии с сахарным диабетом.

**Катагенез** *(греч. kata* – движение сверху вниз, *genesis* – происхождение) [Lopez-Ibor J.J., Spiegelberg

W., 1965]. Начало соматического заболевания в связи с серьезными конфликтными переживаниями. Катагенетическое начало описано при торсионной дистонии, рассеянном склерозе, язвенном колите.

**Каталепсия** *(греч. katalepsia* – схватывание). Симптом двигательных расстройств, характеризующийся застыванием больного в принятой им позе, даже и очень неудобной, требующей значительного мышечного напряжения. Наблюдается при кататонической шизофрении.

Син.: восковая (восковидная) гибкость.

**К. мозжечковая** [Babinski J., 1899] – патологическая способность долго удерживать конечность в приданном ей положении, обусловленная поражением мозжечка.

**Каталептокататония** *(греч. katalepsia* – схватывание, *katateino* – стягивать, напрягать). Сочетание ступора и каталепсии при лихорадочных состояниях, одно из проявлений острых реакций экзогенного типа.

**Катамнез** *(греч. kata* – движение сверху вниз, полное завершение действия, *mnesis* – память). Комплекс сведений о состоянии больного и динамике у него болезни после установления диагноза, проведения лечения и выписки из стационара. Позволяет уточнить правомерность диагностики, эффективность лечения в стационаре и последующего амбула-

торного, вопросы социально-трудовой адаптации.

**Катаплексия** *(греч. kataplexis* – поражение) [Gelineau J.B.E., 1880]. Приступообразные состояния, характеризующиеся внезапной потерей мышечного тонуса, захватывающего всю поперечнополосатую мускулатуру либо отдельные группы мышц. При генерализованных приступах наступает полная обездвиженность, больные падают, лишаются речи, при парциальных – наступает слабость отдельных мышц или групп мышц (подгибаются колени, выпадают из рук предметы). Пароксизмы наступают обычно при сильных эмоциях, сознание не нарушается. Симптом нарколепсии. Различают К. засыпания (прегипноплегия, по Л.Я. Немлихеру) и пробуждения (постгипноплегия).

**Катарсис** *(греч. katharsis* – очищение, освобождение от чего-либо). Концепция, лежащая в основе некоторых методов психоаналитического лечения. Согласно ей у человека, перенесшего психическую травму и не отреагировавшего на нее вспышкой аффекта, остаются комплексные переживания, подвергающиеся вытеснению из сознания. Такого рода аффективно-насыщенные неосознаваемые комплексные переживания, находясь в сфере подсознания, являются причиной болезненных отражений в сознании и соматике. Их символами становятся симптомы невро-

за, психосоматического заболевания. По мнению J. Breuer и S. Freud [1909], путь лечения таких состояний – оживление в памяти, осознание всех вытесненных переживаний, освобождение и отреагирование «ущемленного» аффекта.

С этой целью были разработаны специальные методы психокатартической терапии (см. *Брейера метод гипнокатарзиса*, S. Freud применял метод свободных ассоциаций.

Современные психотерапевты, даже не принимающие психоаналитических концепций, используют в своей практике отдельные методики и приемы психокатартического лечения.

**Кататимия** *(греч. katathymeo* – падать духом, унывать) [Maier H.W., 1912]. Понятие, отражающее влияние эмоциональных факторов (аффектов) и амбивалентных тенденций (чувств, желаний, опасений) на мыслительную деятельность человека. При этом ассоциативные процессы, идущие в соответствии с аффективно заряженными комплексами, усиливаются в своих проявлениях, а противоречащие им тормозятся. Кататимический аффект присущ определенным группам представлений, каждая из которых в связи с такой аффективной насыщенностью спаивается в единый аффективно-окрашенный комплекс [Ziehen Th.].

Силой аффекта объясняется утрата мышлением логичности в отношении комплексных переживаний. Аффект оказывается сильнее очевидности, здравого смысла.

К. клинически проявляется особенностями протекания мыслительных процессов, возникновением бреда, в первую очередь параноического.

К. придается важная роль в формировании примитивною (архаического, «магического») мышления [Kretschmer E., 1927].

К. противостоит голотимия [Bleuler E., 1906] – общее влияние обусловливающего настроение аффекта на характер представлений, например, при депрессивных состояниях.

**Кататония.** См. *Кальбаума кататония.*

**К. люцидная** (лат. *lucidus* – ясный, светлый) – кататонический синдром, протекающий без расстройств сознания.

**К. малая** [Lambert P.N., Mindenet M., 1972] – редуцированный вариант кататонического синдрома, характеризующийся лишь наличием отдельных его проявлений (манерность, избегание взгляда собеседника, уклонение от рукопожатия, беспричинные улыбки, отгороженность, появление иногда внезапных, неожиданных движений, эпизодическая эхолалия, кратковременные несистематические остановки в движени-

ях и речи). Наблюдается чаще всего при начальной шизофрении, манифестирующей неврозо– и психопатоподобными проявлениями.

Син.: кататонизм малый.

**К. манерная** – по K. Leonhard [1957], рассматривается как форма системной шизофрении и характеризуется наличием ритуалов застывшей манерности. При нарушении этих ритуалов не проявляются другие движения, наступает полное бездействие, однако при попытке помешать совершению манерного ритуала возможны проявления агрессии. Проявлением манерности может быть отказ говорить, при котором больной отвечает письменно. Прогрессирует обеднение непроизвольной моторики, развивается застывшая осанка. Движения носят стереотипный характер.

Син.: К. стереотипная [K. Kleist].

**К. мягкая** – вариант, характеризующийся отдельными кататоническими включениями в клиническую картину психотического состояния: ступор и обездвиженность не достигают значительной выраженности и носят кратковременный, эпизодический характер.

**К. онейроидная** (*греч. oneiros* – сновидение, *eidos* – вид) – кататонический синдром, протекающий на фоне онейроидного расстройства сознания.

**К. периодическая** – по K. Leonhard [1957], форма системной шизофрении. Характеризуется сочетани-

ем гиперкинезов и акинезов. Больной неподвижно лежит в постели, но одной кистью стереотипно ритмично отбивает такт. Возбуждение может сменяться акинезом. Течение приступообразное, биполярное. По R. Gjessing [1953], в периоды кататонического возбуждения или ступора определяются характерные изменения азотистого обмена.

**К. поздняя** – кататонический синдром, манифестирующий в пожилом возрасте. Нозологическая принадлежность спорна. Одними исследователями относится к поздней шизофрении, другими – к инволюционным психозам.

**К. проскинетическая** – по K. Leonhard [1957], характеризуется наличием симптома проскинезии (см.), относится к системной шизофрении. Проскинезия – готовность к соучастию, пассивное следование импульсу извне. Характерно стереотипное манипулирование предметами, которое при значительной выраженности напоминает двигательные итерации.

**К. смертельная** [Stauder К., 1936] – атипичная форма шизофрении с острым началом, характеризующимся кататоническим возбуждением, наличием кожных геморрагии, высокой температуры тела, патологическими изменениями в кроветворной системе. Течение и прогноз неблагоприятны. При относительно благоприятном исходе в дальнейшем наблюдает-

ся шизофреническая процессуальная симптоматика. Рассматривается как злокачественно текущая форма шизофрении фебрильной [Scheid K.F., 1937; Тиганов А.С., 1970, 1982].

Особенности течения К.с. связываются либо с явлениями токсикоза, вызванного шизофреническим процессом, при явлениях известной неполноценности центральной нервной системы, либо с присоединением интеркуррентной инфекции, обостряющей течение шизофрении.

**Катафазия** *(греч. kataphasis* – утверждение). Речевая стереотипия, многократное повторение ответа на заданный вопрос. Может рассматриваться как аутоэхолалия. Наблюдается при кататонической шизофрении.

**Катексис** *(англ. cathexis).* Неологизм, предложенный S. Freud для обозначения в английском языке понятия *Besetzung (нем.* захват, инвестирование). Под К. понималось количество энергии, затрачиваемой на представление объекта в психической структуре. К. – как бы подвижный заряд, перемещаемый с одной структуры на другую. Эта энергия затрачивается на формирование, сознательное или бессознательное, таких представлений, как понятие, идея, образ или символ. В зависимости от «локализации» в психике различаются Эго-К., К.-фантазия (Ид-К.) и К.-объ-

ект. Эго-К. представляет собой концентрацию психической энергии на сознательном членении либидо; К.-фантазия питает процессы формирования желаний, влечений; К.-объект представляет собой энергию, направленную на предметы окружающего мира или их образы в сознании. Понятия Контр-К. и Анти-К. должны обозначать психическую энергию, необходимую для подавления К. Понятие К. в психоанализе применяется и для обозначения ряда гипотетических психических процессов, связанных с перемещением психической энергии, – катектирования, декатектирования, гиперкатектирования (последнее применительно к психологической защите). Гипер-К. – перенасыщение объекта психической энергией, тогда как ее недостаточность обозначается как гипо-К. Существуют понятия аффективного, либидонозного, эротического, инстинктивного К., а также К.-слово, К.-мысль, К.-вещь. Многие понятия, включающие термин К., в психоанализе могут быть расшифрованы через понятия «интерес», «значение», «реальность» [Rycroft Ch., 1979].

**Кауфмана–Керера метод лечения истерии** [Kaufmann F., 1916; Kehrer F., 1916]. Один из репрессивных методов лечения истерических параличей, получивший распространение в годы первой мировой войны. Внушение, носившее характер обвинений в

симуляции и угроз репрессивными мерами, сочеталось с воздействием на парализованную конечность больного фарадическим током и «перевоспитанием» путем применения комплекса мучительных строевых упражнений. В основе метода лежал взгляд на истерические симптомы как на проявление «злой воли», «бегства в болезнь».

**Кафар** *(фр. cafard* – тоска, хандра, сплин). Термин, многие годы назад введенный в обиход военнослужащими французского Иностранного легиона для обозначения аффективных расстройств, наступающих вдали от родины, в условиях неблагоприятного климата и тяжелой службы. В психиатрии понятие К. было применено в конце первой мировой войны Huot и Voivenel, вкладывавшими в него признаки нравственной депрессии, вызванной отторжением от дома, лишением привычной деятельности, изоляцией, трудными условиями жизни. Состояние К. может привести к тяжелым приступам депрессии, реакциям тоскливого ожесточения. В настоящее время термин используется во французской психиатрии для обозначения депрессивных состояний, ностальгии [Porot A., 1975].

**Кахексия** *(греч. kakos* – плохой, *hexis* – состояние). Состояние крайнего телесного истощения, идущего с упадком жизненно важных физиологических функций,

прогрессирующим исхуданием (иногда даже при булимии), нарастающей астенией, сменяющейся на заключительном этапе апатией. Наблюдается обычно при неблагоприятном течении ряда соматических заболеваний, эндокринной патологии, при длительном голодании, лучевой болезни. В психиатрической практике наблюдается чаще всего в марантической стадии старческих психозов, прогрессивного паралича.

**К. гипофизарная** [Simmonds M., 1914; Glinski J.K., 1913]. Результат поражений промежуточно-гипофизарной области с выпадением функции передней доли гипофиза. Возникает в связи с инфекционными и опухолевыми процессами, травмами головного мозга. Впервые описана при послеродовом сепсисе с «эмболическими метастазами» в гипофиз и при метастазировании злокачественных опухолей. Наблюдается и при локализации в области гипофиза сифилитической гуммы. Типичны выраженная астения, вялость, апатия, анорексия, отвращение к пище, выпадение волос, особенно в подмышечных ямках и на лобке, кахексия. В тяжелых состояниях – депрессии, нарушения сознания. Больные выглядят старше своих лет, у них отмечается атрофия половых органов, аменорея (чаще заболевают женщины). Рентгенологически – нередко увеличение и деструкция турецкого седла.

Син.: болезнь Симмондса–Глинского, болезнь

Глинского–Симмондса, болезнь Симмондса, гипофизарная кахексия, преждевременный сениум.

**Кашель истерический** [Oppenheim H., 1902]. Сухой, грубый, напоминающий собачий лай, кашель, возникающий по истерически-психогенным механизмам и исчезающий в ночное время.

**Квазимодо синдром.** Совокупность личностных изменений у лиц с физическими недостатками, чаще всего врожденными, влекущими за собой внешнее уродство, что приводит к эмоциональному конфликту и их социальной изоляции. Квазимодо – герой романа В. Гюго «Собор Парижской богоматери», отличавшийся исключительным телесным уродством, человек богатых душевных переживаний, озлобленный издевательским отношением к нему окружающих.

Син.: комплекс Квазимодо.

**Кверулянтство** (*лат. querulus* – постоянно жалующийся). Непреодолимая сутяжническая деятельность, борьба за свои попранные, по мнению больного, права, ущемленные интересы путем представления бесконечных жалоб во всевозможные инстанции, подания исков в суд, оспаривания любых принятых по этим искам решений. Характерно для психопатических личностей параноического склада. Наблюдается при параноических развитиях и паранойяльном варианте параноидной шизофрении.

**Кейроспазм** *(греч. keirein* – стричь, подстригать, *spasma* – судорога). Профессиональный невроз, наблюдающийся у парикмахеров и проявляющийся спазмами мышц рук и плечевого пояса.

**Кейрофобия** *(кейро + греч. phobos* – страх) [Oppenheim H.]. Навязчивый страх, наблюдающийся у парикмахеров, боязнь при бритье порезать клиента.

**Кейф** *(араб.* «отдых», приятное безделье). Состояние эйфории, довольства, комфорта, прилива сил, приятного самоощущения, большой легкости, сопровождающейся приятными иллюзорными переживаниями и фантазиями. Отмечается в первой стадии гашишного опьянения.

**Келли метод ролевой психотерапии** [Kelly G.A., 1955]. Форма психотерапии, основанная на психологической концепции ролевого поведения. Психотерапевт дает больному эскиз специфических индивидуальных личностных свойств, характерных для избранной им и оптимальной, по его мнению, для пациента социальной роли. Пациент должен научиться играть роль, характерную для фигурирующей в эскизе воображаемой личности. В течение нескольких дней пациент в домашних условиях проводит кратковременные эксперименты демонстрации новых личностных свойств. При этом подчеркивается, что занятие носит характер эксперимента, что больной не дол-

жен стать таким, как описанный в эскизе персонаж, он только должен продемонстрировать свое умение вести себя аналогично моделируемой психотерапевтом социальной роли. Одна из разновидностей тренинговой психотерапии.

**Кемпбелла симптом** [Campbell D., 1909]. Отсутствие сознания болезни при патологии лобных отделов головного мозга (опухоли лобной локализации).

Ср.: анозогнозия паралича или слепоты при Антона–Бабинского синдроме.

**Кемпинского симптом заколдованного круга** [Kepinski A., 1972]. Один из основных, осевых, симптомов неврозов. Состоит в замыкании невротической цепи – причины и следствия. Например, невротический страх вызывает ряд вегетативных нарушений, а те, в свою очередь, увеличивают чувство страха. Связь причинных факторов в патогенезе неврозов отражает гипертрофический характер каждого последующего звена: усиление одного фактора влечет за собой таковое же последующего, что играет известную роль в механизмах невротического развития.

Одна из важнейших задач в лечении неврозов, по A. Kepinski, разрыв заколдованного круга.

**Кемпинского теория информационного метаболизма** [Kepinski A.]. Рассмотрение психической деятельности человека в норме и патологии с пози-

ций теории информации. Раздражители внешнего мира воздействуют на «Я» через границу, отделяющую внутренний мир от внешнего, этот процесс протекает по законам селекции, предполагающим две основные тенденции – ассимиляция и отклонения, элиминации. Ассимиляция внешних раздражений приводит к возникновению соответствующих функциональных структур, обусловливающих те или иные психологические реакции. Такая организация поступающих извне раздражений носит характер отрицательной энтропии. Взаимоотношения между селективными тенденциями определяются потребностями организма, то есть потребности определяют характер основополагающей тенденции и возникновение функциональной системы. Ассимилятивная тенденция достигает максимальной выраженности в плане сексуальной деятельности, направленной на продолжение рода. Тенденция отклонения рассматривается как выражение чувства агрессии и может иметь значение не только индивидуальное, но и социальное.

Психические расстройства рассматриваются как патология границы, через которую осуществляются информативные связи организма с внешним миром. Так понимается генез аутизма, расщепления, депрессии, эмоциональных нарушений при неврозах.

**Кенко симптом** [Quinquaud Ch.E., 1841]. Тремор

пальцев вытянутых рук. Симптом алкоголизма.

**Кеннеди синдром** [Kennedy F., 1911]. Наблюдается при опухолях основания лобной доли. Характеризуется застойным диском зрительного нерва на противоположной опухоли стороне и первичной атрофией зрительного нерва на стороне опухоли. Развитие постепенное: в начале появляется застойный диск зрительного нерва, а затем, в другом глазу, центральная скотома, наблюдается побледнение диска и его первичная атрофия в связи с непосредственным давлением опухоли на зрительный нерв.

**Кеннона таламическая теория эмоций** [Cannon W.B., 1927]. Основное значение в происхождении эмоций придается центральным нервным механизмам, и в первую очередь таламусу и подкорковым центрам. Основой эмоционального переживания и поведения считается освобождение от коркового торможения возникающих в таламусе нервных импульсов. Разрядка нейронов в таламусе ведет к распространению возникающих при этом импульсов, распространяющихся по афферентным и эфферентным путям. Изменения в организме рассматриваются как следствие эмоций, имеющих важное приспособительное значение. Таким образом, подчеркивается мобилизующая роль эмоций в восстановлении нарушенного гомеостаза.

**Кенофобия** *(греч. kenos* – пустой, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь больших незаполненных пространств, например пустого зала и безлюдной площади. Понятие, близкое агорафобии.

**Кента–Розаноффа тест** [Kent G.H., Rosanoff J.]. Психологическая методика для исследования свободных ассоциаций. В качестве раздражителей используется набор из 100 слов, речевые реакции на которые стандартизированы на большом количестве психически здоровых лиц. Определяется удельный вес нестандартных речевых реакций. Используется для выявления эксцентричности, необычности мышления. Вариант словесного эксперимента.

**Кентомания** *(греч. kenteo* – колоть, *mania* – страсть, влечение) [Morel-Lavallee, 1911]. Патологическое пристрастие к инъекциям. При этом больному совершенно безразлично, какой медикамент ему вводится.

Син.: болезнь Мореля-Лавайе.

**Кераунoневроз** *(греч. keraunos* – молния, *neuron* – нерв). Невротическое состояние, возникающее в связи с разрядом грома и молнии.

**Кераунопаралич** *(керауно + греч. paralyo* – развязывать, расслаблять) [Charcot J.M.]. Истерический паралич, наступающий после разряда грома и молнии.

**Кераунофобия** *(керауно + греч. phobos* – страх).

Навязчивый страх, боязнь грома и молнии. Часто возникновение К. связано с рассказами окружающих о такого рода событий и их последствиях. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и психастении, особенно у детей.

**Кербикова клиническая типология психопатий** [Кербиков О.В., 1955]. Наиболее принятая в отечественной психиатрии. Построена по клинико-патофизиологическому принципу. Различают следующие группы психопатий: 1) возбудимые; 2) неустойчивые; 3) тормозимые (астенические); 4) психастенических личностей; 5) шизоидов; 6) мозаичные (смешанные, полиморфные формы). Отличается теоретической стройностью и удовлетворяет запросы практического здравоохранения. Правомерность выделения указанных типов психопатий подтверждается большим клинико-статистическим материалом [Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980].

См. *Психопатии.*

**Кербикова триада гебефренического синдрома** [Кербиков О.В., 1949]: 1) «гимнастические» сокращения лицевой мускулатуры, гримасничание; 2) безмотивные действия, поступки, не являющиеся ни импульсивными, ни обусловленными патологическими мотивами (феномен бездействия мысли [Levi-Valensi J., 1926]; 3) непродуктивная эйфория, бессодержа-

тельно-веселое настроение. Сочетание этих признаков рассматривается как психопатологическая основа гебефренной шизофрении.

**Кербикова–Фелинской генетическая систематика психопатий** [Кербиков О.В., 1961, 1963, 1971; Фелинская Н.И., 1965, 1971]. Построена на принципе неправомерности сведения психопатий только к одной причине и альтернативного противопоставления конституционально-наследственных и отрицательно внешних (психогенных, социально-психологических, экзогенно-органических) и эндогенных факторов. Различают две основные группы психопатий: ядерные (конституциональные, истинные) и приобретенные. Последние дифференцируются на постпроцессуальные (при условии остановки патологического процесса), органические (например, характеропатический вариант органического психосиндрома) и краевые. К краевым психопатиям относят патохарактерологические и психогенные развития. К психогенным развитиям относятся невротические (типичная динамика: невротическая реакция – невроз – невротическая депрессия – невротическое развитие – краевая психопатия, в дальнейшем возможно перерастание в патологическое развитие личности) и постреактивные (типичная динамика: реактивное состояние – усложнение и углубление доминирующих отрицатель-

но окрашенных представлений, формирование комплекса сверхценных переживаний, психопатоподобное реагирование – появление психопатических особенностей личности).

См. *Психопатии.*

**Кеттелла опросник** [Cattell R.B., 1950]. Психологическая методика для исследования личностных особенностей. Направлена на выявление 16 факторов личности, характеризующих ее структуру. Разработаны две основные параллельные формы, каждая из которых содержит 187 вопросов. Факторы личности биполярны, например: циклотимия – шизотимия, беспечность – озабоченность и т.д. Выделяются также факторы второго порядка (экстра, интроверсия, тревожность). К.о. существует в вариантах, предназначенных для исследования взрослых, подростков, детей.

**Кеттелла тест персеверации** [Cattell R.B., 1946]. психологическая методика, направленная на выявление персеверации, состоит из семи субтестов (написание слов в обычном и обратном порядке, написание фраз строчными и прописными буквами, чтение текстов, написанных в прямом и обратном порядке, прохождение лабиринта в соответствии с указателями и вопреки им, написание собственного имени в прямом и обратном порядке, написание цифр обычным спо-

собом и в перевернутом виде, произведение серии умножений в соответствии с таблицей умножения и с нарочито заданными неправильными промежуточными звеньями). В каждом субтесте сравниваются две оценки – числа правильных и неправильных действий в минуту. Отмечаются высокие показатели фактора персеверации у больных эпилепсией [Delay J., Pichot P., Perse G., Jubert M., 1953].

**Кинантропия** *(греч. kyon, kynos* – составная часть некоторых слов, обозначающая «относящийся к собаке», anthropos – человек). Бредовые идеи превращения в собаку. Вариант бреда метаморфозы.

**Кинестезия** *(греч. kinesis* – движение, *aisthesis* – ощущение, чувство). Восприятие положения и перемещения в пространстве тела и его частей, направления и объема движений в различных положениях, сопротивления и тяжести предметов окружающей обстановки. Осуществляется через импульсы, поступающие от проприоцепторов. Играет важную роль в сохранении телом равновесия в различных положениях.

Син.: чувство мышечное, чувство мышечно-суставное.

**Кипридофобия** *(греч. Kypris* – одно из имён богини любви Афродиты, *phohos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться венерическим заболеванием.

**Клагеса таламическая триада** *(анат. thalamus*

*opticus* – зрительный бугор) [Klages W., 1965]. Комплекс появляющихся почти одновременно расстройств восприятия своего тела, феноменов деперсонализации и обонятельных галлюцинаций у больных шизофренией. Аналогичные симптомы наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга с локализацией поражения в области таламуса, что, по мнению исследователей, сближает их с шизофренией.

**Клазомания** *(греч. klazo* – кричать, *mania* – страсть, влечение). Приступы насильственно наступающих крика и громкого пения при ясном сознании. Наблюдается при поражении органическим процессом базальных ядер головного мозга.

**Клайнфельтера болезнь** [Klinefelter H.G., 1942]. Наследственное заболевание хромосомной природы (добавочная X-хромосома). Заболевают мужчины (один из 700 родившихся мальчиков). Типичны высокий рост, признаки гипогенитализма, евнухоидное строение тела, гинекомастия, азооспермия, бесплодие. Со стороны психики часты случаи умственного недоразвития степени дебильности, реже – имбецильности, характерологические изменения, апатия. При незначительной умственной отсталости нередко наблюдаются невротические реакции в связи с наличием у этих больных сознания своей неполноценно-

сти.

Син.: Клайнфельтера синдром.

**Клапареда метод** [Claparede E., 1916]. Экспериментально-психологическая методика для определения врожденных способностей ребенка, учитывающая различные стороны его личности (память, комбинаторика, речь, житейская осведомленность, скорость письма и т.д.). Оценка предусматривает 4 степени. Высшая степень одаренности оценивается в 100% и соответствует реальному паспортному возрасту ребенка. В основе К.м. лежит концепция интеллектуального возраста. К.м. близок к тесту Бине. В соответствии со своей концепцией интеллекта E. Claparede в интеллектуальной деятельности различал замысел (создание новой идеи) и понимание (перегруппирование).

**Кластомания** *(греч. klastos* – поломанный, *mania* – страсть). Неодолимое влечение ломать предметы, разрушать окружающую обстановку. Наблюдается у психопатических личностей, особенно в состоянии опьянения, при психопатоподобных изменениях личности органического генеза, при шизофрении.

**Клаустрация** *(лат. claustrum* – засов, замок, заточение). Симптом патологического затворничества, отличного от добровольного разрыва контактов с окружающим миром, например при заточении в монасты-

ре. Отшельничество может быть и проявлением личностных особенностей лиц, не являющихся психически больными (путешественники-одиночки; спелеологи-любители, подолгу живущие в пещерах; мизантропы, ищущие одиночества из-за ненависти к себе подобным).

Истинная К. является симптомом психического заболевания, это стремление уйти от мира, при котором затворничество, будучи патологической, антисоциальной реакцией, больным воспринимается как нечто совершенно естественное. К. либо служит проявлением резко выраженного аутизма при шизоидных состояниях и шизофрении, либо входит в структуру персекуторного бреда в качестве меры защиты от преследователей [Gayral L., Carrie J., Bonnet J., 1953]. К. может также наблюдаться в рамках обсессивно-фобического синдрома в связи с мизофобией, боязнью острых предметов, фобической боязнью контактов [Porot A., 1975]. По A. Porot, К. наблюдается также при сенильных бредовых психозах с идеями ущерба, обкрадывания. См. *Анахоретство.*

**Клаустромания** *(клаустро + греч. mania* – страсть, помешательство). Страх перед выходом из закрытого помещения, нежелание выходить наружу.

**Клаустрофилия** *(клаустро + греч. philia* – любовь, влечение). Навязчивое влечение закрывать окна и

двери из страха оказаться одному в незапертом помещении.

**Клаустрофобия** (*клаустро* + *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь закрытых помещений.

**Клезастения** (*греч. klesis* – зов, оклик, *asthenes* – слабый). Ослабление силы голоса в связи с чрезмерным его повышением во время речи. Наблюдается при маниакальной фазе МДП.

**Клейна симптом** [Klein R., 1930]. Наблюдается при органических поражениях нервной системы с расстройством дискриминативной чувствительности на одной половине тела. Больная нога субъективно воспринимается увеличившейся в объеме, большей по сравнению с другой.

**Клейне–Левина синдром** [Kleine W., 1925; Levin M., 1936]. Приступообразные состояния возникающего во внеурочное время сна, по своим проявлениям и электроэнцефалографически не отличающегося от физиологического. Эти состояния длятся несколько часов или дней. По выходе из сна больные чувствуют себя бодрыми, испытывают сильный голод. Во время светлых промежутков отсутствуют какие бы то ни было болезненные проявления. Этиология не установлена. Одни исследователи видят причину в нарушении обмена веществ, другие – в нейроинфекционном процессе с локализацией поражения в лобных долях

или диэнцефальной области. Некоторые относят К.–Л.с. к эпилепсии, нарколепсии.

Син.: периодическая гиперсомния с булимией, периодическая гипергрипния.

**Клейнзорге–Клюмбиса методика направленной ориентировки** [Kleinsorge N., Klumbies G., 1959]. Психотерапевтическая методика, вариант Шульца аутогенной тренировки, сочетающая принципы внушения, самовнушения, коллективно-групповой психотерапии и обучения, тренировки и управления своим организмом. Применяются развернутые аутосуггестивные формулы. Больные делятся по степени подготовки и вовлеченности в психотерапевтический процесс на три класса, а также на группы в соответствии с направленностью психотерапии на определенные внутренние органы.

**Клейста симптом** [Kleist К., 1908]. Мутичный кататоник отвечает на вопрос уже после того, как задавший его удалился.

Син.: симптом последнего слова.

**Клейста систематика психопатологических симптомов, синдромов** [Kleist К.]. 1) Гомономные симптомы, отличающиеся от проявлений психической жизни в норме лишь степенью выраженности, например печаль депрессивного больного; 2) гетерономные – не имеющие аналогов в нормальных психических

проявлениях, например разорванность мышления у больных шизофренией; 3) интермедиарные – в тех случаях, когда четкую грань провести невозможно, например, навязчивые состояния, конфабуляции.

**Клептолагния** *(греч. klepto* – красть, *lagneia* – похоть, сладострастие) [Kiernan G.C.]. Термин, предложенный для обозначения кражи, связанной с сексуальными переживаниями. Ранее La Cassaque [1896] и Slekel [1908] указывали, что клептомания может служить формой восполнения сексуальной неудовлетворенности. H. Ellis считал, что кража является средством вызывать у себя чувство страха и тревоги, стимулирующее усиление до того недостаточных сексуальных импульсов с последующим достижением удовлетворения.

**Клептомания** *(клепто + греч. mania* – страсть, безумие). Патологическое импульсивно возникающее влечение к воровству с непреодолимой потребностью удовлетворить это стремление. Характерны неожиданность появления влечения, чрезвычайная аффективная напряженность, отсутствие признаков нарушенного сознания, каких-либо психических задержек. Клептоманические импульсы возникают на фоне тяжелой дисфории; по выполнении желаемого действия больной испытывает чувство удовлетворения, облегчения.

По Н.П. Бруханскому [1930] истинная К. наблюдается у лиц психопатического склада с расстройствами настроения и жизни влечений. Отмечается связь с сексуальными переживаниями (См. *Клептолагния).* Характерна направленность деятельности не на какой-либо определенный предмет, а на сам акт кражи, которая часто не соответствует социальному и материальному положению больного.

**Клептофобия** *(клепто + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь воров. Часто наблюдается в пожилом возрасте, нередко – в сочетании с бредовыми идеями обкрадывания, ущерба.

**Клерамбо закон** [Clerambault G., 1927]. Устанавливает зависимость тяжести исхода психического заболевания от возраста его начала, массивности поражения головного мозга и латентности: чем раньше возникло поражение головного мозга, чем оно массивнее и чем короче латентный период, тем чаще возникающий психоз протекает по типу экзогенных реакций (делирий, аменция и др.); чем старше пробанд к началу болезни, чем слабее этиологический фактор, чем длительнее латентный период, тем проще структура психического заболевания (в наиболее легких случаях наблюдаются аффективные и бредовые расстройства). Подтвержден исследованиями М.Я. Цуцульковской [1967], В.М. Лупандина [1967], М.С. Вроно [1971]

(См. *Вроно концепция возрастного патоморфоза).*

**Клерамбо симптом** [Clerambault G., 1925]. «Эхо собственных мыслей». Входит в состав Кандинского–Клерамбо синдрома.

**Кликушество.** Разновидность истерии, проявляющаяся в быту в виде единичных, спорадических случаев, но иногда приобретающая характер психических эпидемий. Характеризуется идеями бесоодержимости. Наиболее типичный признак – истерические припадки, возникающие чаще всего во время религиозных отправлений. При этом отмечается сужение сознания, возможны галлюцинаторные индуцируемые переживания. В настоящее время – большая редкость.

**Климакофобия** *(греч. klimax* – лестница, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь ходьбы по лестницам. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, психастении (особенно при зафиксировавшейся неудаче).

**Климактерический период** *(греч. klimakter* – ступень, переломный период). Период жизни, характеризующийся прекращением генеративной функции. В ряде случаев протекает с эндокринными, вегетативно-сосудистыми и психическими нарушениями (К.п. патологический, климактерический синдром). При наступлении К.п. до 45 лет у женщин или до 50 лет у

мужчин говорят о раннем климаксе. У женщин частой причиной раннего климакса являются операции на матке и яичниках, облучение женских половых органов. В К.п. часты неврозоподобные соматически обусловленные состояния.

Син.: климакс, климактерий.

**Клиника** *(греч. kline* – кровать, постель). 1. Лечебно-профилактическое специализированное учреждение высокого профессионального уровня, являющееся базой для научно-педагогического процесса (соответствующей кафедры медицинского вуза или института усовершенствования врачей) или научно-исследовательской работы. 2. Синоним понятия «клиническая картина болезни».

**Клиномания** *(клино + греч. mania* – страсть). Болезненная склонность к лежанию в постели или в кресле, шезлонге без объективных для того причин. Наблюдается у больных неврозами (неврастения), психастенических психопатов, при ипохондрических состояниях.

Помимо этого К. может наблюдаться как редкая форма навязчивости [J.-M. Sutter, 1975], причем трактуется она с точки зрения психоанализа как проявление регрессии вплоть до поведения ребенка в колыбели или даже стремление вернуться в чрево матери.

**Клинофилия** *(клино + греч. philia* – любовь).

Склонность к времяпровождению в постели с увеличением времени сна. Будучи особым видом поведения больного, служит проявлением либо утраты интереса к жизни (апатические изменения при шизофрении, абулия больных меланхолией), либо страха перед столкновением с жизнью (например, утренняя астения невротиков) [J.-C. Scotto, 1975].

**Клинотерапия** *(клино + греч. therapeia* – лечение). Начало лечения с назначения постельного режима.

**Клиппеля синдром I** [Clippel M., 1892]. Сосудистый атеросклеротический псевдопаралич.

Син.: болезнь Клиппеля, «артритический псевдопаралич».

**Клиппеля синдром II** [Clippel M.]. Полиневрит и Корсакова амнестический синдром сочетаются с картиной цирроза печени, кахексией, асцитом. Наблюдается при хроническом алкоголизме.

**Клода–Луайез–Лермитта синдром** [Claude H., Loyeses, 1912; Lhermitte J., 1922]. Наблюдается при поражении одной из педункулярных артерий и характеризуется односторонним параличом III пары черепных нервов, поражением содружественного взгляда в противоположную очагу поражения сторону, вверх и вниз, легким мозжечковым синдромом с противоположной стороны и зрительными галлюцинациями (См. *Лермитта галлюцинации).*

**Клоноид** *(греч. kloneo* – качаться, *eidos* – подобие). Движения, напоминающие клонус, однако отличающиеся нерезкой выраженностью, непостоянством и быстрым истощением.

**Клонус** *(греч. klonos* – беспорядочные движения). Ритмические сокращения равной амплитуды пассивно растянутой мышцы. Сохраняются, в отличие от клоноида, все время, пока эта мышца находится в растянутом положении. Наблюдается при поражениях пирамидного пути.

**К. функциональный.** Наблюдается в отличие от истинного К. при невротических состояниях. Легко вызывается при исследовании сухожильных рефлексов, проявляется с обеих сторон, отличается аритмичностью, колебаниями амплитуды движений. При отвлечении внимания больного исчезает.

**К. эпилептический.** Клоническая фаза большого судорожного припадка. Следует отличать от миоклонус-эпилепсии.

**Клопемания** *(греч. klope* – кража, *mania* – страсть). См. *Клептомания.*

**Клоунизм.** Симптом, характеризующийся поведением, напоминающим клоунское, стремлением подражать окружающим, гримасничанием. Наблюдается при грубой органической патологии детского и юношеского возраста и при юношеской шизофрении [Peters

U.H., 1977]. Известно другое [Гуськов В.С., 1965] понимание термина – для обозначения истерических припадков, протекающих с выраженными гиперкинезами (богатой мимикой, жестикуляцией, театральными позами, выгибанием тела дугой).

**Клубы анонимных алкоголиков (АА).** Один из методов коллективной психотерапии алкоголизма. Первый К.а.а. был создан в 1935 г. в Нью-Йорке бывшими больными – врачом и разорившимся бизнесменом с целью социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом. В настоящее время Общество АА представляет международное движение, основные принципы которого заключаются в вере в бога или естественные законы, честности в самооценке, готовности признать свою вину в причиненных окружающим неприятностях, в вере в человечество и стремление посвятить себя людям, которые сознательно решили излечиться от алкоголизма. В такой форме движение бывших АА в известной мере отражает миссионерские тенденции. В СССР первый К.а.а. возник в Риге [Канеп В.В., 1973]. К 1977 г. в мире К.а.а. насчитывали около 500 тыс. членов [Peters U.H.]. По мнению Н.Я. Копыта и П.И. Сидорова [1986], клубный метод расширяет и дополняет существующие методы лечения алкоголизма, он удачно сочетает психотерапию, продолжительный тесный контакт с

больными, поддерживающийся и в последующее за выпиской из лечебного учреждения время, влияет на длительность ремиссии, привлекает к проведению социальной реабилитации семью и общество.

**Клювера– Бьюси синдром** [Kluver H., Bucy P., 1937]. Симптомокомплекс психических нарушений, наступающих вследствие двусторонней височной лобэктомии у резус-макак. Характерны гностические расстройства типа психической слепоты, общая расторможенность, эйфория, извращение эмоциональных реакций, гиперсексуальность, утрата чувства стыда и страха, неутолимый голод. Нередко наблюдаются акинетический мутизм, аффективные колебания, вегетативные кризы. У людей после оперативного удаления обеих височных долей описана неполная картина К.–Б.с., преобладают проявления слабоумия [Tertian H., 1955].

Син.: Клювера–Бьюси–Тертьена синдром.

**Ключевые переживания** [Kretschmer E., 1922]. Переживания, специфичные для определенной личности и потому вызывающие у нее характерные, особенно сильные реакции. Можно сказать, что ключевые переживания и характер подходят друг к другу, как ключ к замку. Так, переживание незначительного сексуально-этического поражения может оказаться специфическим для личности сенситивного склада, а

для человека кверулянтского склада может остаться незамеченным, пройти бесследно. По E. Kretschmer, К.п. играют важную роль в сенситивном бредообразовании.

**Ковалёва концепция психического дизонтогенеза** [Ковалёв В.В., 1976]. Психический дизонтогенез выделяется как один из важнейших компонентов общего дизонтогенеза, проявляющийся в нарушениях психического развития и обусловленный как биологическими (генетическими, экзогенно-органическими и др.) патогенными факторами, так и длительно неблагоприятно воздействующими микросоциально-средовыми моментами, а также их разнообразными сочетаниями. Основные типы психического дизонтогенеза следующие: 1) ретардация – запаздывание или приостановка всех сторон или преимущественно отдельных компонентов психики; 2) асинхрония – диспропорциональное, искаженное психическое развитие при выраженном опережении развития одних психических функций и отставании темпа и сроков развития других функций и свойств; 3) дисфункция созревания – дисфункция, связанная с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды. Психический дизонтогенез иг-

рает важную роль в развитии многообразных форм психической патологии, связанных с нарушением развития, – от состояний общего психического недоразвития, то есть синдромов умственной отсталости, до патологических феноменов, возникающих вследствие дисфункции созревания, – моторных и речевых стереотипии, страхов, патологического фантазирования и др.

**Когана синдром** [Cogan D., 1952]. Совокупность офтальмологических признаков при некоторых формах врожденной органической патологии головного мозга. Характерна неспособность к произвольным боковым движениям глазных яблок. При попытке компенсаторного поворота головы глаза насильственно поворачиваются в противоположном направлении. Все движения глаз по вертикали остаются неизменными. Первые проявления в возрасте 3-5 лет.

Син.: врожденная частичная глазодвигательная апраксия.

**Когнитивного диссонанса теория** *(лат. cognitio* – знание). Распространенная в западной социальной психологии теория, рассматривающая межличностные конфликты как неизбежность, неотъемлемую часть социального бытия, взаимодействия индивидов и групп. Считается, что конфликт становится реальным только тогда, когда он осознается участни-

ками. Состояние диссонанса переживается как дискомфорт, от которого человек стремится избавиться. Диссонанс возникает в ситуации, когда человек об одном объекте располагает двумя взаимно исключающими «знаниями». Поэтому, чтобы ликвидировать К.д., индивид должен либо изменить один из элементов диссонансных «знаний», либо ввести какой-нибудь новый познавательный элемент. В отечественной психологии отмечается недостаточная разработка и изучение когнитивной психологией высших социализированных форм деятельности субъекта.

**Кодеинизм.** Разновидность опийных наркомании. Кодеин – наркотический аналгетик; уже однократное применение его сопровождается развитием эйфории, являющейся основной причиной формирования быстрого болезненного пристрастия. При прекращении приема кодеина наступает тяжелая абстиненция. При приеме больших доз препарата – картина делирия (кодеинового).

**Кожевникова эпилепсия** [Кожевников А.Я., 1894]. Форма кортикальной эпилепсии. Характерны клонические судороги, наблюдающиеся вне припадка, постоянные или с короткими перерывами, в ограниченных участках или в половине тела. Временами они усиливаются и заканчиваются эпилептическим судорожным припадком, развивающимся по типу джексо-

новского. Чаще всего является следствием вирусного клещевого энцефалита.

Син.: кортикальная частичная постоянная падучая.

**Козинса–Дюре синдром** [Cosins, Duret, 1955]. Больные наносят себе телесные повреждения для того, чтобы стать объектом сочувствия окружающих. С той же целью сочиняются разного рода трогательные истории. Является разновидностью мифомании.

**Коинофобия** *(греч. koinos* – общий, *phobos*– страх). Навязчивый страх, боязнь заходить в помещение, где собралось много людей.

**Коитус** *(лат. coitus* – совокупление). Половой акт, совершаемый для получения сексуального удовлетворения и продолжения рода. Различают такие варианты К., как вестибулярный (половой член остается в преддверии влагалища), гетеросексуальный (между разнополыми партнерами), гомосексуальный (между однополыми партнерами), прерванный (эякуляция происходит после выведения полового члена из влагалища), пролонгированный (искусственно затянутый с помощью специальных приемов).

**Кокаинизм.** Вид наркомании. Кокаин – алкалоид, добываемый из растения Erythroxylon coca. При однократном его приеме отмечается эйфория, приводящая к быстрому привыканию к препарату. Характерна глубокая личностная деградация уже в первые

годы употребления кокаина – черствость, эгоистичность, раздражительность. Заметное соматическое одряхление. При длительном К. наблюдаются выраженные психические расстройства (зрительные и тактильные галлюцинации, бредовые переживания). Абстиненция выражена нерезко.

Син.: кокаиномания, наркомания кокаиновая.

**Кокошкаровой опросник** [Кокошкарова А., 1976]. Личностный опросник, предназначенный для выявления неврозов. Содержит 83 вопроса, оценка ответов на них производится соответственно восьми шкалам – вегетативных расстройств, неврастении, психастении, истерии, ипохондрии, депрессии, деперсонализации и дереализации. По количественным показателям от нормы отличают нерезко выраженные и выраженные невротические состояния и неврозоподобные тенденции. Валидность в выявлении невротических расстройств соответствует таковой в Хёка– Хесса опроснике.

**Коктейль литический** [Laborit H., Huguenar P., 1951]. Смесь из 25 мг лигафена (хлорпромазина), 25 мг прометазина (атозила) и 50 мг долантина (петидина). Помимо этой первоначальной прописи в настоящее время существует много других, предложенных и апробированных позже. Используется во внутримышечных инъекциях или на 500 мл глюкозы для капель-

ного внутривенного введения. Применяется при выраженном психомоторном возбуждении или при лечении сном.

**Кокцигодиния** (*анат. coccyx* – копчик, *греч. odine* – боль). Боль в области копчика. Возникает или усиливается в положении сидя, при ходьбе, при дефекации, половом акте. Часто впервые возникает после травмы крестцово-копчиковой области, после родов. Преимущественно наблюдается у женщин. Нередко является истерическим симптомом.

**Коллапс** (*лат. collapsus* – ослабевший, упавший). Патологическое состояние, характеризующееся угнетением ЦНС с резким снижением артериального и венозного давления, уменьшением массы циркулирующей крови. Сознание вначале иногда сохраняется, утрачивается на более поздних этапах. Отмечаются снижение тонуса мышц, бледность кожных покровов, синюшность губ, гипергидроз, снижение температуры тела, глухость сердечных тонов, учащенный пульс слабого наполнения, вплоть до нитевидного, ослабленное дыхание, иногда по типу Чейна– Стокса. Наблюдается при кровопотере, шоке, интоксикации наркотическими средствами, инфекциях и т.д. К. ортостатический наступает при резком изменении положения тела – из горизонтального в вертикальное. Является одним из возможных осложнений психофармакотера-

пии (нейролептиками).

**Коллекциомания** *(лат. collectio* – собирание, *греч. mania* – страсть). Болезненное собирательство, коллекционирование разного рода предметов, независимо от их материальной или художественной ценности, главным образом ради удовольствия, которое доставляют их обнаружение и приобретение. Отличается от коллекционирования психически здоровых, соответствующего их духовным запросам. Типичный пример – библиомания. Наблюдается у психопатических личностей, иногда у психически больных (при этом часто носит нелепый характер).

**Кома** *(греч. koma* - глубокий сон). Состояние глубокого нарушения сознания, характеризующееся угнетением функций ЦНС, нарушением регуляции жизненно важных центров в головном мозгу, отсутствием реакции на внешние раздражители, рефлексов, чувствительности, активных движений. По тяжести различают три стадии К.

Легкое коматозное состояние отличается сохранностью некоторых рефлексов (сухожильных, корнеальных) и реакций. Глотание затруднено, но сохранено. Расстройства дыхания и сердечной деятельности незначительны. Преимущественно нарушена деятельность корково-подкорковых отделов.

При выраженной К. отсутствуют реакции на внеш-

ние раздражители, рефлексы не вызываются, нарушено глотание. Отмечаются патологические рефлексы. Нарушена функция тазовых органов. Патологические формы дыхания. Аритмия, слабый пульс, снижение АД. К снижению корковых и подкорковых функций присоединяется угнетение стволовых и снижение спинальных функций.

Глубокая кома характеризуется симптомами поражения корково-подкорковых, бульбарных и спинальных функций. Грубые нарушения дыхания и сердечной деятельности, глотания. В соответствии с этиологией различают К. апоплексическую, ацетонемическую, диабетическую, гипогликемическую, малярийную, печеночную, уремическую, хлоропривную (хлорпеническую), холерную, травматическую, интоксикационную (при отравлении алкоголем, окисью углерода и т.п.), эпилептическую (главным образом при эпилептическом статусе), эклamптическую и др.

**К. бодрствующая** *(лат. coma vigile)* – см. *Синдром апалический Кречмера.*

**К. запредельная** *(фр. coma depasse)* [Molaret P., Gonlon M., 1959] – продление соматических функций после наступления «мозговой смерти». Достигается искусственной вентиляцией легких, медикаментозным стимулированием кровообращения. При этом полностью нарушены перцепция, гностические функ-

ции, отмечаются арефлексия, мидриаз, отсутствуют зрачковые реакции, на ЭЭГ – прямая линия.

**К. отсроченная** – осложнение при инсулинокоматозной терапии, повторная гипогликемическая кома, развивающаяся через несколько часов после купирования коматозного состояния, возникшего непосредственно в связи с введением инсулина.

**К. сомнолентная** *(лат. somnolentia* – патологическая сонливость) – разновидность коматозного состояния, характеризующаяся наличием перерывов в помрачении сознания, транзиторными эпизодами частичного его восстановления. Легкая степень К., характеризующаяся повышенной сонливостью.

**Коммаскуляция** *(лат. com* – вместе, *masculus* – мужской). Мужской гомосексуализм.

**Коммоция мозга** *(лат. commotio cerebri).* Сотрясение мозга, следствие черепно-мозговой травмы. Протекает с нарушенным сознанием (от оглушения до полного выключения), мнестическими нарушениями, астенией.

В остром периоде возможны психотические расстройства по типу острых экзогенных реакций. После К. часто наблюдается стойкий церебрастенический синдром.

**Компенсация** *(лат. compensare* – уравновешивать, возмещать). 1. Восстановление в полном или

частичном объеме ущерба деятельности нарушенных функций определенных органов, тканей или систем организма за счет компенсаторных механизмов. В психиатрии механизмы К. оказываются различными в зависимости от форм психической патологии. Так, при органических поражениях головного мозга К. наступает вследствие уменьшения выраженности функциональных, обратимых, расстройств, иногда за счет викарной деятельности непораженных отделов головного мозга; К. при шизофрении достигают антипсихотическим действием нейролептиков и проведением социально-трудовых реабилитационных мероприятий; при психопатиях К. – результат социальной адаптации, наступающей вследствие нивелирования патогенных средовых факторов и нередко минования возрастного криза. 2. Один из механизмов психологической защиты, позволяющий сознательно или бессознательно уменьшать напряжение, возникающее при невозможности достижения какой-либо цели, путем замены ее другой (субстанция цели). Активность в замещении одного вида деятельности другой освобождает человека от признания своей неполноценности, несостоятельности. Результативность в другой области деятельности, например, приносит инвалиду не только положительную динамику самооценки, но и одобрение, признание со стороны окружающих.

**Комплекс** (*лат. complexus* – связь, сочетание). 1. Группа соотносимых или ассоциируемых факторов. Например, группа симптомов, объединяемых понятием симптомокомплекса, синдрома; 2. В психологии памяти – группа тесно связанных воспоминаний [Muller G.E.]; 3. Синоним понятия «чувственно окрашенный комплекс представлений» [Ziehen Th.] 4. В психоанализе: группа ассоциированных эмоционально значимых идей и импульсов, подавляемых или вытесняемых сознанием, так как они находятся в конфликте с Эго и (или) Супер-Эго. Понятие впервые введено S. Freud и E. Breuer [1895] в работе об истерии, затем разрабатывалось как в ортодоксальном психоанализе, так и, особенно, в школе C. Jung.

**К. Антигоны** – проявляется в неосознаваемом сексуальном влечении девочки к отцу. Согласно древнегреческой мифологии, осознавший все свои преступления и ослепивший себя Эдип был изгнан фиванцами на чужбину и, будучи слепым и дряхлым, погиб бы, не выдержав невзгод, если бы не любовь его дочери Антигоны, добровольно отправившейся в изгнание с отцом. Рассматривается как причина некоторых форм неврозов и перверсий.

**К. Гризельды** – проявляется в желании отца сохранить дочь для себя и в обусловленном этим отказе всем претендентам на ее руку. Такого рода инцестное

влечение отца к дочери рассматривается как поздняя форма комплекса Эдипа, сменяющая влечение мужчины к собственной матери. Гризельда – героиня Д. Боккаччо («Декамерон»), являющаяся олицетворением женской добродетели и бесконечного долготерпения.

**К. деда** – присущ мужчинам и заключается в мечтаниях быть собственным дедом. Связывается с замечаемым человеком обстоятельством, что его родители, старея, становятся все меньше. Отсюда – желание стать над отцом. Интерпретируется различно: указывается на зависимость между К.д. и геронтофилией; по E. Jones связан с инцестными желаниями.

**К. Дианы** – возникает в развитии либидо у девочек, будто бы характеризует регрессивное желание женщин быть мужчиной. Обнаружив у себя отсутствие пениса, девочка якобы воспринимает это как наказание за что-то, и у нее возникает зависть к мальчику. Рассматривается как причина невротических состояний и некоторых видов перверсий.

Диана (древнеримское имя древнегреческой богини Артемиды) – богиня-охотница, которой, согласно некоторым мифологическим представлениям, были присущи мужские увлечения и отсутствие интереса к противоположному полу.

**К. Йокасты** [De Sansurre R., 1920] – заключается в

патологическом влечении матери к сыну. Основой послужил образ Йокасты, героини древнегреческой мифологии, полюбившей своего сына Эдипа. См. *К. Эдипа.*

**К. Каина** – основан на зависти брата к брату. Каин, по Библии, старший сын Адама и Евы, убивший своего брата Авеля из зависти. К.К. рассматривается как результат обделенности одного из детей, в отличие от других, родительской любовью. Интерпретируется психоаналитиками как причина возникновения неврозов.

**К. кастрационный** [Freud S., 1908] – связывается с детскими кастрационными фантазиями. Мальчик испытывает страх, что отец в наказание за сексуальную активность отрежет ему пенис. Девочка замечает у себя отсутствие пениса и мечтает восстановить его. Фантазии эти возникают с открытием ребенком различия полов и тесно связаны с К. Эдипа.

**К. Медеи.** Характеризуется стремлением матери убить собственных детей, чтобы отомстить мужу. Медея, согласно древнегреческой мифологии колхидская царевна, помогла Ясону и аргонавтам овладеть золотым руном. Страшась мести отца, она бежала с Ясоном в Грецию, но Ясон обманул ее и взял в жены другую. Не ограничившись отравлением соперницы, Медея убила и своих детей от Ясона.

**К. неполноценности – К. превосходства.** Два сопряженных альтернативных понятия Адлера индивидуальной психологии (см.). Оба они являются устойчивыми и неадекватными способами преодоления якобы свойственного каждому человеку чувства неполноценности. При К.н., присущем больным неврозами, субъект уходит от необходимости преодоления жизненных трудностей и стремится избежать самих переживаний чувства неполноценности. При этом у больного доминируют мысли о своей ничтожности, несостоятельности, которые не скрываются им от окружающих. К.п. определяется иной, но также неадекватной позицией больного, который также уходит от решения сложных для него проблем, но при этом демонстрирует свою исключительность в других областях деятельности. При этом подчеркивается «никчемность» игнорируемых невротиками проблем. Это механизм своеобразной гиперкомпенсации.

По A. Adler [1920], чувство неполноценности присуще всему периоду развития ребенка, ощущающего свою инадекватность в отношении родителей и окружающего мира. Способ, избранный невротиком для определения К.н., определяет весь его «стиль жизни».

К.н. и К.п. рассматриваются в отечественной психологии как проявление заниженной или завышенной неадекватной самооценки.

**К. Ореста** – проявляется в подавляемом или неосознанном желании убить собственную мать. См. *К. Электры.*

**К. Федры** – проявляется в кровосмесительном сексуальном влечении матери к сыну. Рассматривается как причина некоторых невротических расстройств и перверсий.

Федра – жена афинского царя Тесея, испытывавшая преступную страсть к своему пасынку Ипполиту. Древнегреческий миф о Федре различно интерпретировался в одноименных драмах Еврипида, Сенеки и Расина.

**К. Эдипа** – характеризуется влечением сына к матери и недоброжелательным отношением к отцу. Психоаналитики рассматривают ситуацию Эдипа («семейный роман») как неизбежную стадию сексуального развития личности, когда в периоде позднего детства ребенок переносит часть своей энергии в половое влечение к родителям. S. Freud рассматривал К.Э. как основную идею неврозов, кульминационный пункт детской сексуальности. Невроз трактуется как регрессия либидо на одну из стадий инфантильной сексуальности. Понятие К.Э. распространяется на все психические заболевания: например, проявлением его считается утверждение больного шизофренией того, что он не сын своих родителей, а

его мать – его жена, его братья и сестры – его дети и т.д. К.Э., как и другие комплексы, является типичным примером пансексуалистского подхода психоаналитиков к интерпретации клиники психических расстройств. Эдип – герой древнегреческой мифологии – убил фиванского царя Лая, не зная, что это его отец, женился на своей матери Йокасте и завладел фиванским престолом.

**К. Электры** – якобы возникает на одной из стадий либидинозного развития девочек и характеризуется ненавистью к матери и сексуальным влечением к отцу. Электра – в древней мифологии дочь царя Агамемнона и царицы Клитемнестры. Она убедила своего брата Ореста, вернувшегося в Микены после длительного отсутствия, отомстить их матери и ее новому мужу, прежде любовнику, за то, что они совместно убили Агамемнона.

Син.: женский комплекс Эдипа.

**Компульсии** (лат. *compello* – принуждаю). 1. Навязчивые влечения, разновидность навязчивых явлений (обсессий). Характерны непреодолимые влечения, возникающие вопреки разуму, воле, чувствам. Нередко они оказываются неприемлемыми для больного, противоречат его морально-этическим свойствам. В отличие от импульсивных влечений К. не реализуются. Эти влечения осознаются больным как неправиль-

ные и тягостно им переживаются, тем более что само возникновение их в силу своей непонятности часто порождает у больного чувство страха. 2. Термин К. используется и и более широком смысле для обозначения любых навязчивостей в двигательной сфере, в том числе и навязчивых ритуалов.

**Комфорт** *(англ. comfort).* Комплекс максимально благоприятных для субъекта условий внешней и внутренней среды, включающий и факторы психологические. В состоянии К. отмечается отсутствие напряжения психических и физиологических функций организма. В значительной мере чувство К. зависит от состояния гомеостаза. О субъективных ощущениях, присущих состоянию К., говорят как о чувстве К.

**Конвекситальный** *(лат. convexitas* – выпуклость). Имеющий отношение к своду черепа, обращенный к нему: например, конвекситальная поверхность лобных долей.

Син.: конвекситатный.

**Конверсия** *(лат. conversio* – изменение) [Freud S., 1895]. Отщепление аффективной реакции от содержания психической травмы и направление ее по другому руслу. По A. Jakubik [1979], возможны три варианта К.: 1. К. служит средством защиты от страха, является механизмом психологической защиты; 2. При К. осуществляется преобразование «психической энер-

гии» (либидо) в соматический синдром или симптом; 3. К. проявляется в символизации соматических синдромов или симптомов, отражая лежащий в их основе внутренний конфликт. Учитывая широкий диапазон, а также метафоричность понимания К. психоаналитиками, A. Jakubik предлагает вместо этого термина пользоваться понятием «истерические расстройства чувствительно-двигательной сферы», хотя можно думать, последний термин чрезмерно суживает понятие К.

Син.: конверсивная реакция, истерическая конверсия, конверсивная истерия, истерический невроз конверсивного типа.

**Конвульсант** *(лат. convulsus* – судорожный). Препарат, который при введении в организм вызывает судороги, в основном эпилептические (пентетразол, бемегрид, стрихнин).

**Конвульсия** *(лат. convellere* – потрясать, колотить). Клоническая судорога, захватывающая большие группы мышц, например, при эпилептическом или электросудорожном припадке.

**Кондаша методика** [Kondas O., 1973]. Экспериментально-психологическая методика для измерения степени субъективной неприятности различных конкретных ситуаций. Обследуемому предъявляют серию из 31 рисунка, на которых изображены разного

рода ситуации и объекты, вызывающие у него отрицательную эмоциональную реакцию. По специальной шкале обследуемый определяет степень неприятности эмоций страха, которые у него возникают при их восприятии.

Син.: шкала социальной ситуационной тревоги и страха.

**Кондиционализм** *(лат. conditionalis* – условный). Получившее распространение в биологии и медицине ряда стран философское позитивистское течение, согласно которому понятие причины подменяется понятием комплекса равноценных по значению условий, стечения обстоятельств. Этим самым нивелируется значение объективных причинно-следственных отношений. Ставится под вопрос сама необходимость поиска объективных причин болезней, вместо этиологических факторов изучаются комплексы условий. В значительной мере К. приводит к отказу от признания роли этиологических, особенно эндогенных, моментов, к антинозологическим тенденциям. Понятие нозологической формы с позиций К. утрачивает свою определенность, так как в каждом случае болезнь рассматривается как результат неповторимой комбинации множества условий, факторов внешней и внутренней среды. Концепция К. близка и к так называемой полидименсиональной диагностике.

**Конолли реформы** [Conolly J., 1794-1839]. Введение в психиатрических больницах системы нестеснения, в частности запрет применения таких мер механического стеснения душевнобольных, как смирительные рубашки, привязывание больных к кровати.

**Консилиум** *(лат. consilium).* Совещание квалифицированных специалистов одной или разных специальностей для уточнения диагноза, назначения оптимального лечения и определения прогностических возможностей. К. учитывает данные клинического и лабораторного исследований, намечает методы необходимого дообследования. В психиатрии К. решает вопросы о правомерности принудительной госпитализации больных, помещенных в стационар как социально опасных, а также вопросы о возможности выписки их из больницы после проведенного лечения.

**Констелляция** *(лат. con* – вместе с, *stella* – звезда, в астрологии – взаимное расположение звезд на небосводе). Взаимодействие сосуществующих факторов, стечение обстоятельств, влияющих на характер течения представлений. Автор концепции психической К. Th. Ziehen считал, что течение представлений обусловлено степенью их ассоциативной связи с предшествующими (апперцепция) представлениями, их интенсивностью и, наконец, констелляцией. Реакция на раздражение зависит не только от силы

раздражения, но и от состояния субъекта. Проявлению определенной ассоциации содействуют добавочные ассоциации. Одно и то же раздражение может вызвать различные реакции в зависимости от предшествующего или настоящего состояния организма, от К. ассоциативных тенденций. В этом существенную роль играют как недавние, так и отдаленные по времени ассоциации.

**Конституционализм** (*лат. constitutio* – установление, устройство, организация). Направление в медицине, придающее основное значение в возникновении и течении болезни факторам, обусловленным конституцией организма, ее особенностями. Болезнь рассматривается как результат неполноценности генотипа, передающейся по наследству. Оценивая значение конституционального предрасположения, К. не учитывает роли окружающей среды, биологической и социальной, в возникновении и течении болезни.

**Конституциональная глупость** [Ганнушкин П.Б., 1933]. Врожденная ограниченность психики, при которой интеллектуальный уровень находится на границе нормы и психической патологии. Иногда хорошо учась и обладая хорошей памятью, эти люди, «от рождения неумные», столкнувшись с жизнью, оказываются несостоятельными. Они приспосабливаются лишь в рамках привычного домашнего обихода и забот о ма-

териальном благополучии. Иногда конституционально-глупые обладают хорошим умением, легко овладевают трудовыми навыками – умеют больше, чем знают.

Понятие, близкое физиологической глупости [Bilikiewicz T., 1960; Lemke R., 1960], салонному слабоумию [Hoche A.].

**Конституциональная типология Кречмера** [Kretschmer E., 1921]. Основана на корреляции между выделенными автором типами телосложения (пикнический, лептосомный, атлетический и диспластический) и психологической конституцией (шизоидной и циклоидной). Разница между шизотимными и циклотимными вариантами в норме, шизоидной и циклоидной формами психопатий и шизофренией и циркулярным психозом определялась E. Kretschmer при помощи количественных критериев. В дальнейшем двучленная систематика психопатий, по E. Kretschmer, была дополнена выделением эпилептоидной психопатии, глишроидии [Minkowska F., 1923, 1925].

**Конституциональная типология Пенде** [Pende N., 1912]. Построена на основе попытки вывести корреляцию между преобладающим типом телосложения, эндокринной формулой и особенностями нервно-психической реактивности. По психическим свойствам выделенные автором четыре конституцио-

нальных типа обладают следующими характеристиками: 1) возбудимый, аффективный, быстрый, подвижный, интеллектуально одаренный; 2) флегматично-депрессивный; 3) активный, импульсивный, хорошо одаренный; 4) медленный, иногда импульсивный, интеллект средний. Содержит ряд ошибочных и принципиально неверных положений (например, попытка связать уровень интеллекта с конституцией, одаренность с гипотирезом и т.д.) [Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966].

**Конституциональная типология Шелдона** [Sheldon W., 1940]. Основана на антропометрических исследованиях. Конституциональная типология соотносится с эмбриогенезом. Является дальнейшим развитием идей E. Kretschmer. Конституциональные типы, по W. Sheldon, соответствуют выделенным E. Kretschmer: эндоморфный – пикнику, мезоморфный – атлетику, эктоморфный – астенику. Корреляция между соматическим типом и темпераментом до сих пор не признается убедительной [Лебединский М.С., Мясищев В.Н. 1966].

**Конституция человека** *(лат. constitutio* – построение, организация). Совокупность морфологических и функциональных особенностей организма, сложившаяся на основе наследственности и вследствие длительного влияния среды. Типологические варианты К.

разрабатываются на основе формы телосложения и ряда функциональных признаков, в том числе психических. Вопрос о корреляции между особенностями телосложения и чертами психики до сих пор недостаточно изучен, равно как и отсутствует исчерпывающая систематика форм К.ч., основанная на нескольких существенных признаках.

**К. астеническая.** Астеническое телосложение в сочетании с повышенной возбудимостью и слабостью психики, неуверенностью в себе.

**К. атлетическая.** Син.: К. нормостеническая.

**К. генетическая.** – см. *Генотип.*

**К. гиперстеническая** – характерны пикнические телосложение, гипертимность, чрезмерная синтонность и энергичность.

Син.: К. пикническая.

**К. гипоапараноическая** [Kleist K., 1913] – предрасположенность к бредовым психозам. Вначале понималась более узко – как предрасположенность к одной лишь инволюционной паранойе. Характерны такие преморбидные черты личности, как обидчивость, раздражительность, недоверчивость.

**К. иктафинная** [Mauz F., 1937] – эпилептоидная конституция, рассматриваемая как проявление предрасположенности к эпилептическим припадкам. Вариант иктафинной конституции, характеризующийся

доминированием среди личностных черт прилипчивости и персеверации, выделялся как конституция энехетическая. Предрасположенность к припадкам – иктафинный диатез.

Сочетается с атлетическим телосложением.

Син.: К. эпилептическая, К. эпилептоидная, К. иксофреническая, глишроидия.

**К. кушингоидная** – характерны повышенное развитие подкожной жировой клетчатки и внешний облик, напоминающий вид больных с болезнью (синдромом) Иценко–Кушинга.

**К. невропатическая** – характерны легкость возникновения вегетативных расстройств, невротических астенических состояний, истерических реакций, повышенная сенситивность.

**К. нормостеническая** – атлетическое телосложение в сочетании с психической уравновешенностью, адекватными реакциями на окружающее, уверенностью в себе, своих возможностях, достаточно стабильным настроением.

**К. пикническая** –см. *К. гиперстеническая.*

**К. пищеварительная** – см. *К. гиперстеническая.*

Син.: К. дигестивная.

**К. психастеническая** – характеризуется склонностью к тревожной мнительности, патологическим сомнениям, нерешительностью, слабоволием, чув-

ством собственной неполноценности.

**К. психопатическая** – конституциональные особенности, лежащие в основе различных вариантов психопатий.

**К. статотимическая** *(греч. statos* – остановленный, неподвижный, *thymos* – настроение, чувство) – характерны серьезность, трудолюбие, педантичность. Присуща склонность к эндогенными монополярным депрессиям (см. *Меланхолический тип личности).*

**К. циклоидная** – сочетание пикнического телосложения с тенденциями к колебаниям настроения. Присуща больным, страдающим циклотимией и МДП.

**К. шизоидная** – характерны аутистическая направленность личности, склонность к рационализированию, эмоциональная монотонность. Телосложение по лептосомному или диспластическому типу. При значительной выраженности К.ш. говорят о шизопатии [Bleuler E.].

**К. эмотивная** [Dupre E., 1910] – выделена по признаку выраженной эмоциональной лабильности. Соответствует понятиям эмотивной (реактивно-лабильной) психопатии [Ганнушкин П.Б., 1933], эмотивного (аффективно-лабильного) типа акцентуации личности [Leonhard K., 1968]. Характерные признаки: усиление сухожильных, зрачковых и кожных рефлексов, их мгновенное наступление и высокая амплитуда; на-

личие диффузной и изменчивой сенсорной гиперстезии; неуравновешенность двигательных и секреторных реакций; тенденции к спазмам внутренних органов и сосудов; дрожание тела, вытянутых рук; ненормальная интенсивность и распространенность психических аффектов, эмоций.

**К. энехетическая** *(греч. enecho* – держать изнутри, задерживать) [Mauz F., 1937] – разновидность К. иктафинной, при которой на первый план выступают явления вязкости и персеверации.

**К. эпилептоидная** – см. *К. иктафинная.*

**Консторума метод активирующей психотерапии** [Консторум С.И., 1930]. Совокупность мероприятий, направленных на устранение болезненных явлений путем активирования деятельности больного. В процессе трудовой деятельности больной приобретает новый опыт, способствующий компенсации психических нарушений. В преодолении болезненных реакций уделяется внимание корригированию мироотношения больного, что в свою очередь влияет на его интеллект и эмоциональную сферу, то есть на его мировоззрение и мироощущение. Исходя из концепции активности познания, можно утверждать, что, тренируя и воспитывая моторно-установочную сферу, психотерапевт тем самым влияет на сознание.

**Контаминация** *(лат. contaminatio* – смешение).

Сплавление частей нескольких слов в одно. Наблюдается в норме, при смысловой и фонетической близости этих слов, и в патологии – при шизофренических неологизмах и в рамках парафатических расстройств у афатиков.

**Континуум** *(лат. continuum* – непрерывное, сплошное). Непрерывность, неразрывность процессов, непрерывная совокупность.

**Континуумы шизофренических расстройств** [Koehler G., 1979]. Три группы симптомов шизофрении, представляющие собой модификацию феноменологии Шнейдера симптомов первого ранга (внутри континуумов симптомы располагаются в соответствии с характером их развития, динамики):

**К. бредовой** – 1) бредовое настроение; 2) бредовые представления, связанные с восприятиями или провоцируемые ими; 3) бредовые восприятия.

**К. воздействия, отчуждения, овладения:** 1) чувство овладения; 2) общее чувство воздействия; 3) специфическое чувство воздействия; 4) ощущение собственной измененности под влиянием воздействия извне; 5) переживание воздействия на себя с чувством замены собственных мыслей чужими; 6) переживание воздействия на себя с утратой собственных мыслей и чувств (воздействие извне как бы лишает больного его психических функций); 7) анало-

гичные вышеперечисленным переживания внешнего воздействия с переживанием растворения мыслей и чувств больного во внешнем мире.

**К. обманов восприятия** – 1) псевдогаллюцинаторные «голоса» и звучание собственных мыслей; 2) истинные слуховые галлюцинации, включающие и «голоса», повторяющие собственные мысли больного.

**Конторсия** (*лат. contorqueo* – вращать, вертеть, скручивать). Извивающиеся движения в разных направлениях при большом истерическом припадке.

**Контрактура** (*лат. contractura* – сужение, сокращение). Снижение подвижности в суставе вследствие изменений окружающих его мягких тканей и нервно-мышечного аппарата. Наблюдается при различных заболеваниях самих суставов, органических поражениях нервной системы, а также при истерических реактивных психозах.

**Контрапунктирность бредовых идей** (*лат. contra* – против, *pinctum* – точка, пункт, аргумент, довод). Разнонаправленность, противоположность содержания бредовых идей у одного и того же больного. Например, идеи величия сочетаются с идеями преследования. Наблюдается при паранойяльном и парафренном бреде, при параноидной шизофрении.

**Контрафобия** (*контра + греч. phobos* – страх). Стремление к противостоянию с ситуацией, вызыва-

ющей страх, цель которого – обретение возможности получать определенные, обычно острые, переживания, не испытывая при этом чувства страха. В психоанализе К. рассматривается как способ либидинизации тревоги, приводящей к выздоровлению от невроза. Контрафобическое поведение часто наблюдается при навязчивых состояниях: так, например, лица, страдающие навязчивым страхом высоты (акрофобия) стремятся стать летчиками, стюардессами; не исключена и тенденция получать особенно сильные впечатления [Ташев Т., 1989].

**Контузия мозга** *(лат. contusio cerebri).* Ушиб мозга, следствие черепно-мозговой травмы. Правильнее говорить о сочетании коммоции и контузии (коммоционально-контузионный синдром). Помимо симптоматики острого периода, характерной для коммоции, отмечаются очаговые неврологические признаки. Характерны кровоизлияния в оболочки и ткань мозга. В остром периоде возможны психотические состояния по типу острых экзогенных реакций. В резидуальном периоде – явления посттравматической энцелофалопатии, часто стойкое интеллектуально-мнестическое снижение.

**Конфабулёз** *(лат. confabulari* – болтать, рассказывать) [Bayer W., 1943]. Понятие, предложенное для обозначения своеобразных состояний, возникающих

в период обратного развития симптоматических психозов разной этиологии. Один из вариантов переходных синдромов. К. характеризует в этих случаях этап между обратимыми синдромами помрачения сознания и формированием необратимых изменений психики по типу органического психосиндрома (См. *Психосиндром органический).* Характерно обилие систематических конфабуляций без грубых расстройств памяти, ее пробелов, при достаточной ориентировке в месте, времени и собственной личности. Конфабуляции не заполняют пробелов в памяти, не сочетаются с амнезией, что отличает К. от корсаковского синдрома. Иногда при этом наблюдаются конфабуляторные идеи величия.

Характерно отсутствие расстройств сознания и существенных нарушений памяти. Различают К. острый (кратковременный, монотематический по содержанию) и хронический, протекающий с тенденцией расширения и видоизменения содержания.

**Конфабуляции** *(лат. confabulari* – болтать, рассказывать) [Kahlbaum K.L., 1866]. Разновидность ложных воспоминаний, «галлюцинации воспоминания». Больные сообщают о вымышленных событиях, в действительности не имевших места в период, о котором идет речь.

**К. бредовые** – обусловлены бредовыми идеями,

возникают вне связи с нарушениями памяти или сознания.

**К. внушенные** – возникают не спонтанно, а будучи спровоцированными подсказкой, наводящими вопросами.

Син.: К. непродуктивные (например, при болезни Альцгеймера).

**К. замещающие** – син.: К. мнестические.

**К. мнемонические** – см. *К. мнестические.*

**К. мнестические** [Bonhoeffer K., 1901; Regis E., 1909] – служат для замещения провалов памяти. По А.В. Снежневскому [1949], делятся на экмнестические, при которых ложные воспоминания локализуются в прошлом, и мнемонические, при которых вымышленные события относятся к текущему времени.

**К., обусловленные расстройствами сознания продуктивного типа** [Bonhoeffer K., 1901; Regis E., 1909] – к ним относятся и К. онирические *(греч. oneiros* – сон, сновидение), отражающие в своем содержании тематику перенесенного онейроида. Наблюдается при интоксикационных, инфекционных и некоторых органических психозах, после эпилептических расстройств сознания, при острой шизофрении (онирические).

**К. памяти** – син.: К. мнестические.

**К. фантастические** – содержат сведения о разного

рода неправдоподобных событиях. Наблюдаются чаще всего при парафренных синдромах.

**К. экмнестические** – см. *К. мнестические.*

**К. экспансивные** – бредовые или фантастические К. мегаломанического характера.

**Конфликт внутрипсихический.** Разновидность конфликта психического, столкновение приблизительно равных по силе, но противоположно направленных мотивов, потребностей, влечений и т.д.

**Конфликт психический.** Существование одновременно противоположно направленных и несовместимых друг с другом тенденций в сознании отдельно взятого индивида (конфликт внутрипсихический) или между людьми, в структуре межличностных отношений отдельных индивидов или групп. Протекает с острыми отрицательно окрашенными эмоциональными переживаниями и может стать источником психической травматизации.

**Конфликт ситуационный.** Конфликт индивидуума с внешней обстановкой или окружающими людьми (К. межличностный). Может оказаться этиологическим фактором в возникновении разного рода психогенных состояний.

**Конфликт–реакция.** Личностная реакция, возникающая вследствие К. ситуационного или психического. Одна из форм реактивных состояний, может про-

текать с симптомами возбуждения, нарушенного сознания, параноида, депрессии.

**Конфликты невротические** [Мясищев В.Н., 1960]. Выделяются три основных типа невротических конфликтов, соответствующих определенным формам неврозов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический. Истерический характеризуется завышенным уровнем притязаний при недооценке реальных условий и неспособности тормозить не соответствующие этим условиям желания, обсессивно-психастеиический – противоречиями между желанием и долгом, неврастенический – несоответствием между возможностями, стремлениями личности и завышенными требованиями к себе. Клинические формы неврозов могут рассматриваться как зафиксированные особенности отдельных механизмов болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей [Карвасарский Б.Д., 1980].

**Конформность** *(лат. conformis* – подобный, соответствующий). Понятие социальной психологии, обозначающее присущую человеку тенденцию изменять свое поведение в зависимости от влияния других людей, с тем чтобы оно соответствовало мнению окружающих. К. – явление не общеобязательное существуют личности малоконформные. В известной мере неконформность является качеством врожденным,

но существенную роль в ее формировании могут играть и элементы жизненного опыта человека. В отечественной психологии различают три способа реагирования индивида на «давление» группы, общества: 1) бесконфликтное и бессознательное восприятие мнения группы (внушаемость); 2) осознанное внешнее согласие при внутреннем неприятии (К.); 3) сознательная солидарность индивида с коллективом, активное принятие его позиций, борьба за них (коллективистическое самоопределение).

**Концентрационных лагерей синдром.** Психические нарушения, возникающие у узников концентрационных лагерей вследствие длительной психической травматизации, постоянного недоедания и других лишений. Характерны депрессия, ипохондрические проявления, повышенная возбудимость, слабость, утомляемость, головная боль и головокружение, снижение памяти, затруднение концентрации внимания, утрата инициативы, затруднения в межличностных контактах, нарушение сна – устрашающие сновидения, в которых репродуцируется пережитое, чувство тревоги, плаксивость, боязнь высоты, непереносимость по отношению к громким звукам, повышенная потливость, неустойчивость к алкоголизму. Вариантами К.л.с. являются Минковского синдром, Траутмана синдрома лагерей уничтожения,

Вишера болезнь колючей проволоки.

Син.: KZ-синдром.

**Кооса методика** [Kohs S.C., 1923]. Психологическая методика, направленная на исследование конструктивного праксиса, пространственной ориентировки, внимания, комбинаторики. Используется в нейропсихологии для выявления места очага поражения. Применяется также для исследования личностных особенностей по характеру эмоциональных реакций в эксперименте с прерванным действием [Рубинштейн С.Я., 1970]. Заключается в воспроизведении орнаментов нарастающей степени сложности из специально раскрашенных кубиков. Учитывается возможный для обследуемого уровень достижений. Производится качественная квалификация допускаемых ошибок. В упрощенном виде входит во многие психометрические тесты, например Векслера тест. При этом регламентируется и время выполнения заданий.

**Копофобия** *(греч. kopos* – усталость, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь переутомиться. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, неврастении.

**Копролагния** *(греч. kopros* – кал, грязь, *lagneia* – похоть, сладострастие). Вид полового извращения, при котором эротическое возбуждение достигается путем различных манипуляций с экскрементами

партнера, при вдыхании их запаха, рассматривании, вплоть до поедания. Проявление мазохизма.

**Копролалия** *(копро + греч. lalia* – речь). Болезненное, иногда непреодолимое импульсивное влечение к произношению без всякого повода циничных, бранных слов. Особой выраженности достигает при болезни Жиля де ла Туретта, однако наблюдается и при других заболеваниях – при шизофрении, прогрессивном параличе, реже – маниакальных состояниях.

**Копромания** *(копро + греч. mania* – страсть, помешательство). См. *Скатомания.*

**Копропраксия** *(копро + греч. praxis* – действие). Разновидность сексуальной перверсии (эксгибиционизма), стремление публично совершать акт дефекации.

**Копрофагия** *(копро + гречь. phagein* – есть, пожирать). Поедание экскрементов, чаще всего собственных. Наблюдается обычно в состояниях психического маразма, иногда – при состояниях нарушенного сознания и у больных кататонической шизофренией.

**Копрофемия** *(копро + греч. phemi* – говорить). Вид сексуальной перверсии, при которой половое удовлетворение не достигается без произнесения бранных слов, нецензурных ругательств в присутствии лиц противоположного пола.

**Копрофилия** *(копро + греч. philia* – влечение,

склонность). См. *Скатомания.*

**Корректоры психофармакотерапии** *(лат. correctio* – исправление, поправка). Препараты, применяемые для купирования или смягчения экстрапирамидных расстройств, развивающихся вследствие приема нейролептиков. Наиболее часто употребляются циклодол (паркопан, ромпаркин), мидокалм, тропацин, акинетон, тремблекс и др.

**Короткие замыкания** [Kretschmer E., 1922]. Внезапные действия, аффективно обусловленные, внешне упорядоченные, как бы отщепленные от личности. Нарушения сознания не обязательны. Аффективные переживания, избегая «фильтра» целостной личности, непосредственно воздействуют на психомоторную сферу и вызывают действие, бессмысленное для данной личности, например поджог дома хозяина служанкой, увезенной из родной деревни и испытывающей тоску по родине. От патологического аффекта реакции по типу К.з. отличаются наличием подготовительной стадии длительного аффективного накопления, после чего даже незначительный повод приводит к психогенному взрыву. По Н.И. Фелинской [1968], для реакций К.з. характерны неосознанное разрешение аффекта и восстановление психической деятельности с явлениями постреактивной астении.

В судебной психиатрии реакции типа К.з. рассмат-

риваются как исключительные состояния, причем понятие это сужено – к таким состояниям относят патологические реакции, возникающие в связи с психотравмирующей ситуацией и в результате разрядки длительного интенсивного аффективного напряжения, сопровождающегося тревожными опасениями, ожиданием неприятностей [Морозов Г.В., 1988]. Клиническая картина при этом определяется либо расстроенным сознанием, либо резко выраженными и неадекватными поводу аффективными нарушениями.

**Корофилия** *(греч. kore* – девушка, *philia* – влечение, любовь). Разновидность сексуальной перверсии, форма женского гомосексуализма, характеризующаяся влечением к девочкам.

**Корругатор–феномен** *(анат. m.corrugator supercilii* – мышца, сморщивающая бровь) [Frankl V.E., 1935]. Один из симптомов парамимии у больных шизофренией. Обусловлен мышечными подергиваниями в области лба, главным образом сокращением мышцы, сморщивающей брови. Особенно явственно обнаруживается во время речи. Внешне имитирует мимику, характерную для состояний повышенного внимания.

**Корсакова болезнь** [Корсаков С.С., 1887]. Вариант острой алкогольной энцефалопатии, развивающейся

обычно после атипичного алкогольного делирия. Характеризуется сочетанием полиневрита с различно выраженной атрофией мышц конечности, ослаблением или отсутствием сухожильных рефлексов и психическими изменениями (амнезия, чаще антероретроградная, ретроградная и фиксационная, дезориентировка, конфабуляции и псевдореминисценции). Патологоанатомически – диффузные изменения в нервных клетках острого или хронического характера, их гибель (особенно в III корковом слое), мелкие кровоизлияния в коре, стволе мозга, вокруг III желудочка, в спинном мозге и периферических нервах. Течение в легких случаях может быть регредиентным, с относительным улучшением психического состояния в течение года; иногда даже возможно выздоровление. В более тяжелых случаях формируется слабоумие. В наиболее злокачественно протекающих случаях возможен летальный исход вследствие геморрагических изменений, приводящий к обширным размягчениям в полушариях большого мозга.

**Корсакова–Павлова двухзональная концепция индивидуального сознания** [Корсаков С.С., Павлов И.П.]. Понятие сформулировано А.А. Меграбяном [1959, 1962, 1972]. Разрабатываемая в советской психологии и психиатрии теория, рассматривающая сознательные и неосознаваемые формы психической

деятельности как две динамические зоны, находящиеся в постоянном единстве, деятельность которых взаимосвязана (в отличие от представлений психоаналитиков о постоянном их антагонизме). Внутренняя связь, взаимопереход и единство оптимальной зоны ясного сознания и зоны бессознательного, психического автоматизма обеспечивают развитие действительного процесса познания. Зона автоматизированных подпороговых психических процессов в онтогенетическом развитии личности прошла и оформилась через зону ясного оптимального сознания [Меграбян А.А., 1972].

**Корсакова синдром** [Корсаков С.С., 1887]. Симптомокомплекс расстройства памяти, описанный впервые при остром алкогольном психозе (См. *Корсакова болезнь).* Наблюдается при заболеваниях экзогенно-органического генеза. Течение определяется нозологической принадлежностью амнестического синдрома.

Син.: синдром амнестически-парамнестический.

**Корсакова–Щербака концепция симптомокомплексов в психиатрии** [Корсаков С.С., 1893; Щербак А.Е., 1901]. В историческом аспекте предшествовала исследованиям A.E. Hoche [1906, 1912], K. Bonhoeffer [1908, 1910]. E. Kraepelin [1920]. Симптомокомплексы рассматривались С.С. Корсаковым и А.Е. Щербаком

применительно к клинико-нозологической систематике и не противопоставлялись нозологическим формам. Симптомокомплексы понимались как стереотипно повторяющиеся сравнительно немногочисленные сочетания определенных психопатологических симптомов, как типовые формы психического реагирования. Разным психическим заболеваниям присущи различные сочетания симптомокомплексов и различная их последовательность. Хотя основные черты того или иного симптомокомплекса при различных психических заболеваниях остаются постоянными, тем не менее отмечалось, что в соответствии с психозом Симптомокомплексы приобретают «своеобразный оттенок (нюанс) клинической картины».

В отечественной психиатрии указывалось на четкость и правильность постановки проблемы диагностической значимости синдромов в работах С.С. Корсакова и А.Е. Щербака, являющихся отправным пунктом и для современной разработки учения о синдромах [Кербиков О.В., 1949].

**Коса–Бирмана методика «заколдованная семья»** [Kos M., Biermann G., 1973]. Проективная методика для исследования детей и подростков. Инструкция: «Вообрази, что пришел чародей и заколдовал всю семью, взрослых и детей. Нарисуй, что произошло». Затем следуют расспросы об истории за-

колдованной семьи, просьба написать рассказ. Интересуются причиной колдовства и тем, что, по представлению пациента, произошло дальше. Раскрываются внутрисемейные конфликты ребенка, ключевая ситуация. Методика обнаруживает высокую корреляцию с патогенной семейной ситуацией, помогает в диагностике детских неврозов, особенно истерических [Sulestrowska H., 1984].

**Космические переживания** *(греч. kosmos* – вселенная). Острые онейроидные состояния с бредовыми и галлюцинаторными переживаниями, отличающиеся грандиозностью происходящих вокруг больного событий, мировых катастроф.

**Косноязычие.** Расстройство речи, характеризующееся неправильным произношением отдельных звуков (пропуском, заменой другим звуком).

Син.: дислалия.

**Котара синдром.** См *. Бред Котара.*

**Кофеинизм.** Разновидность токсикомании, связанной с длительным злоупотреблением кофеином в чистом виде или в составе некоторых продуктов (кофе, чая). Кофеин – алкалоид кофейного боба Coffea arabica. Характерны нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, головные боли, нарушения сна, невралгии, мелкий тремор рук и языка, гиперрефлексия, болевая

гиперестезия. Сниженное, пессимистическое настроение. У мужчин – импотенция.

Син.: кофеиномания, кофеинофагия, теизм.

**Коха тест дерева** [Koch К., 1949]. Экспериментально-психологическая методика для исследования аффективных личностных свойств. Применяется в детской психологии. Обследуемому предлагают нарисовать фруктовое дерево. В основе интерпретации рисунка лежит гипотетическая аналогия между тенденцией к росту дерева и психическим развитием. Детали рисунка рассматриваются в плане графологическом, *с* точки зрения пространственной символики (так, придается значение преобладанию левого и правого, верха и низа и т.д.). Оценка производится по факторам интро-, экстраверсии, статики – динамики, банальности – оригинальности. Способствует определению степени личностной дифференцированности обследуемого, его типологических особенностей, выявлению личностной дисгармоничности, инфантилизма, подавляемых влечений.

**Кошмар** *(фр. cauchemar).* Крайне тягостные, мучительные, отрицательно эмоционально окрашенные сновидения, при которых больные как бы участвуют в неприятных для них событиях, становятся жертвами преследования, совершают морально неприемлемые поступки. Часто наблюдаются при тяжелых невроти-

ческих состояниях, после тяжелых психогений. В детском возрасте приводят к страху и плачу после пробуждения, ребенок не сразу начинает четко ориентироваться во времени и месте, затрудненно устанавливает границу между сновидением и действительностью.

**К. ночной эпилептический** – по H. Gastaut [1975], является термином неправомерным, так как ночные К. не могут быть эпилептического генеза. Однако 1) внезапное пробуждение после ночного (обычно височного) припадка может сопровождаться чувством тревоги, страха, гипотимией, воспоминаниями об устрашающих зрительных галлюцинациях во время припадка, которые и принимаются за ночной кошмар; 2) ночной кошмар может служить пусковым механизмом для эпилептического припадка.

**Краббе болезнь** [Krabbe K.H., 1916]. Форма лейкодистрофии, наследственное заболевание. Тип передачи аутосомно-рецессивный. Начинается в детском возрасте. Клиническая картина характеризуется судорогами, спастическими параличами, деменцией, слепотой, снижением слуха. В терминальной стадии – децеребрационная ригидность. В основе патогенеза – генетически обусловленные нарушения обмена веществ с нарушением синтеза цереброзидов и с дисмиелинизацией нервных волокон в головном

мозге.

Син.: диффузный инфантильный склероз Краббе, глобоидно-клеточная лейкодистрофия Краббе, болезнь Краббе–Бенеке, диффузный инфантильный склероз.

**Краммера–Поллнова болезнь** [Krammer T., Pollnow H., 1930]. Психическое заболевание неясной этиологии. Предположительна роль инфекционно-токсических факторов. Начинается чаще всего в возрасте 3-4 лет после лихорадочного состояния или эпилептиформного припадка.

Припадки учащаются, носят характер больших и малых. Характерно двигательное беспокойство с гиперкинезами. Движения быстрые, бесцельные. Ребенок не может хотя бы на миг остаться в покое. Характерны речевое возбуждение с персеверациями, эмоциональная лабильность, раздражительность, приступы гнева. Задержка умственного развития, картина психомоторной умственной отсталости. Замедляется или останавливается развитие речи. Нарастание симптоматики достигает максимума к 6 годам, а затем в течение приблизительно 1 года происходит ее уменьшение. Возможно полное клиническое выздоровление, иногда остается резидуальный органический дефект (снижение интеллекта, эпилептиформные припадки).

**Крампи** (*англ. cramp* – судорога, спазм). Периодически возникающие кратковременные тонические болезненные судороги, чаще всего в икроножных мышцах. Наблюдаются главным образом при патологии капиллярного кровообращения, нарушениях кальциевого обмена, сахарном диабете, мышечном утомлении, интоксикациях, атеросклерозе. В психиатрии к К. близки описанные под названием психастенических судорог [Oppenheim H., 1906] отдельные судорожные припадки, возникающие у лиц фобически-обсессивного склада характера и сопровождающиеся чувством страха. Впоследствии К. относили к реактивной или функциональной эпилепсии. В настоящее время такие состояния не рассматриваются как проявления эпилепсии, относятся к эпилептическим реакциям [Болдырев А.И., 1971].

**Краниостеноз** (*греч. kranion* – череп, *stenosis* – сужение). Деформация черепа в связи с преждевременным окостенением его швов. Внешне проявляется в виде башенного, ладьевидного черепа и т.п. Характеризуется неврологической и психопатологической симптоматикой (косоглазие, нистагм, экзофтальм, головные боли, эпилептиформные припадки, эмоциональная лабильность и т.д.).

Син.: краниоостоз, ранний краниальный синостоз.

**Краснушкина смесь** [Краснушкин Е.К.]. Предна-

значена для купирования психомоторного возбуждения. Включает в себя натрия бромид, хлоралгидрат, настойку валерианы, адонилен, омнопон, фенобарбитал. Вводится per os или в клизме.

**Крепелина болезнь.** См. *Депрессия пресенильная злокачественная.*

Крепелина концепция регистров синдромов [Kraepelin E., 1920]. Концепция, согласно которой регистры психопатологических синдромов (клинических картин) отражают глубину дефекта центральной нервной системы. Сами синдромы рассматриваются как предуготованные и лишь высвобождающиеся или включающиеся в связи с теми или другими вредностями, как проявление механизмов примитивной психической жизни, пройденных в фило– и онтогенезе. Концепция регистров синдромов Крепелина перекликается с положениями J.H. Jackson [Кербиков О.В., 1956]. Различаются следующие регистры синдромов: невротический, аффективный, галлюцинаторный, бредовой, дискинетический и энцефалопатический. Эти регистры отражают шкалу глубины поражения центральной нервной системы – от функциональной к органической патологии.

**Крепелина пробы** [Kraepelin E., 1895]. Экспериментально-психологические методики:

1. Счет по Крепелину – складывание в уме столбцов

однозначных чисел.

2. Отсчитывание в уме от 100 или 200 одного и того же числа – 7, или 13, или 17.

Используются для исследования активного внимания, работоспособности, для выявления повышенной истощаемости.

**Крепелина синдром** [Kraepelin E., 1915]. Посттравматический ипохондрический синдром. Характерны депрессивные настроение и признаки посттравматической энцефалопатии, на фоне которых выделяется выраженный ипохондрический симптомокомплекс.

**Крестникова репродуктивный метод** [Крестников Н., 1929]. Разновидность психокатарсиса, психотерапевтический метод лечения неврозов, при котором избегают гипнотического воздействия и директивных внушений. Сеансы репродукции производятся в условиях относительной сенсорной депривации и протекают в 3 стадии: органо-телесных ощущений (тепла, холода, сердцебиений, дрожи), аффективно-эмоционального отреагирования (мучений, страха, тревоги) и представляемого содержания (изживание конкретного содержания переживаний). Цель – добиться целостного воспроизведения психической травмы и освобождения от ее болезнетворного влияния. Иногда во время сеансов больные преднамеренно впадают в состояние гипнотического сна, но в це-

лом метод направлен на отреагирование в состоянии бодрствования.

**Кретинизм** *(фр. cretinisme).* Врожденная недостаточность функций щитовидной железы, протекающая со значительным отставанием в физическом и психическом развитии. Характерны карликовый рост, диспластическое строение тела, недоразвитие половых органов, неправильная форма черепа. Психически: апатические проявления, слабоумие вплоть до идиотии. Часто сопровождается глухонемотой. Бледность кожных покровов (отсюда название). Наблюдается спорадически и эндемически (чаще в горных областях и отличается большей выраженностью болезненной симптоматики).

**Кретиноид** *(фр. cretin + греч. eidos* – вид, подобие). Человек с внешними признаками кретинизма, но без явных признаков психического недоразвития.

**Кречмера апаллический синдром** *(лат. pallium* – плащ) [Kretschmer E., 1940]. Симптомокомплекс, возникающий при нарушении связей между плащом головного мозга, стволом мозга и другими центрами. Характерны особый вид нарушения сознания (больные бодрствуют и в то же время совершенно недоступны контакту), нарушения нормального ритма сна, отсутствие эмоциональных реакций, экстензия конечностей и туловища, спонтанные маятникообразные

движения глазных яблок и нарушения их координации, примитивные моторные автоматизмы, нарушения регуляции вегетативных функций. Больные аспонтанны, проводят время лежа, не реагируют на речь, прикосновение. Взгляд блуждающий, ни на чем не фиксируется. Проявляются филогенетически древние рефлексы (хвататательный, сосательный). Наблюдается при тяжелых черепно-мозговых травмах, резко выраженном церебральном атеросклерозе с нарушениями мозгового кровообращения и со значительными очагами размягчения, при панэнцефалитах (в этих случаях отмечается острое возникновение К.а.с.) и в терминальной стадии атрофических психозов (постепенное возникновение и прогредиентное течение). Течение К.а.с. может быть длительным, он часто является переходной стадией перед летальным исходом, но может быть и обратимым, особенно у детей.

Син.: бодрствующая кома, парасомния, акинетический мутизм, тяжелая посттравматическая энцефалопатия, децеребрационная ригидность, пролонгированная травматическая кома.

**Кречмера методика активного ступенчатого гипноза.** См. *Гипноз активный ступенчатый.*

**Кречмера пропорции темперамента** [Kretschmer E., 1922]. Психологические признаки циклотимической и шизотимической конституции. Циклотимикам

присуща диатетическая пропорция – от приподнятости (веселья) к подавленности (печали). Шизотимикам присуща психастеническая пропорция – между гиперстезией (повышенной чувствительностью) и анестезией (холодностью).

**Кречмера психобиограмма** [Kretschmer E., 1922]. Шкала для исследования личностных свойств больного. Анкета содержит два раздела: в первый включаются данные о семье больного, второй характеризует его интеллект, темперамент, социальное положение, биографические данные, телосложение и соматическое состояние.

**Кречмера синдром цереброваэальной слабости** [Kretschmer E., 1932]. Проявление местной недостаточности сосудов головного мозга, неспособности их к быстрому реагированию на резко возникающее повышение требований к их функции. Характерен феномен избирательной чувствительности к наклонам тела, жаре, снижение устойчивости к алкоголю. В психической сфере отмечаются недержание аффектов, общее снижение уровня психического функционирования, явления депрессии, повышенная раздражительность. Наблюдается при раннем церебральном атеросклерозе, при травматической энцефалопатии.

**Кречмера синтетическая психотерапия** [Kretschmer E., 1958, 1963]. Комплекс психотерапев-

тических методов, включающий: 1) воздействие, не связанное с разъяснением и анализом (суггестивная терапия и тренировочные методики); 2) методы, обращенные к мышлению и сознанию пациента, – разъяснение, познание перспектив, ценностей, смысла жизни; 3) творчество и связанные с искусством положительные переживания, духовное развитие. Культура включается в психотерапию как лечебное средство. Метод развивает психотерапевтическую концепцию E. Kretschmer [1934], делавшего упор на необходимости в процессе лечения привлекать факторы, влияющие на обретение больным собственной ценности, обусловленную этим силу, требуемую для осмысления жизненных задач.

**Криз** *(греч. krisis* – внезапная перемена в течении болезни). Остро возникающее относительно непродолжительное состояние, характеризующееся появлением новых или резким утяжелением уже имевшихся симптомов.

**К. аффективный** – бурное психомоторное возбуждение после длительного застойного напряжения аффекта.

**К. ваготонический** – характеризуется резкой брадикардией, одышкой, тошнотой, бледностью, обильным потоотделением, слабостью, болями в сердце. Часты психогенные, особенно кардиофобические, ре-

акции.

**К. вегетативный** – наступает при поражениях вегетативной нервной системы и характеризуется различными (ваготоническими, симпатико-тоническими и вагосимпатико-тоническими) симптомокомплексами.

**К. возрастной** – преходящие психические нарушения, возникающие в переходных возрастных периодах. Так, для детских возрастных кризов характерны явления реакции протеста в возрасте 3-4 лет и в препубертатном периоде, трудности адаптации в первые школьные годы (синдром школьной дезадаптации).

**К. гипертонический** – наступает при гипертонической болезни или симптоматической артериальной гипертонии, характеризуется высоким подъемом АД. Длится от нескольких часов до нескольких дней.

**К. гипоталамический** – разновидность К. вегетативного, обусловлен поражением гипоталамуса.

**К. глазодвигательный** – тонический спазм глазодвигательных мышц, вызывающий сочетанное отклонение глаз. Наблюдается при энцефалитах, болезни Паркинсона, паркинсонизме вследствие лечения нейролептиками. Следует отличать от эпилептических глазодвигательных припадков [Gastaut H., 1975].

**К. истериформный** (Delay G., 1957) – разновидность эксцитомоторного синдрома Мари–Леви, наблюдаемая в рамках экстрапирамидных расстройств

при лечении нейролептиками. Рассматривается как проявление «экспериментального невроза» в связи с органическим поражением головного мозга, при этом придается значение и наличию публики, якобы предрасполагающей к истериформным реакциям. Включает в себя тризм, явления постуральной дуги, повышенную внушаемость, демонстративность, инфантильные реакции, подражательные действия, сужение поля сознания. Ср.: истероид органический.

**К. психолептический** *(греч. psyche* – душа, *leptikos* – способный взять, воспринять) [Janet P.] – приступообразно возникающие у психопатических личностей дисфорические состояния, характеризующиеся изменением мировосприятия, навязчивыми мыслями и нередко сопровождающиеся субъективными переживаниями страха («умственный упадок»).

**К. пубертатный** – возникает в возрасте наступления половой зрелости, в 13-15 лет, и характеризуется психической неуравновешенностью, аффективной лабильностью, гипотимическими проявлениями, повышенной конфликтностью в связи с пробуждающейся сексуальностью, несогласием со взрослыми (родителями, педагогами) и т.д. В этом периоде часты психогенные реакции и так называемые эндореактивные дистимии [Личко А.Е., 1979], к которым относят и нервную (психическую) анорексию.

**К. церебральный** – характеризуется острыми нарушениями каких-либо функций головного мозга.

**К. церебральный сосудистый** – характеризуется острыми преходящими нарушениями мозгового кровообращения.

**К. экситомоторный** (*лат. excitare* – возбуждать, *motor* – приводящий в движение) – пароксизмальное возникновение ряда двигательных расстройств (тремора, хореоатетоидных движений, истероформных гиперкинезов) в сочетании с эмоциональным оживлением и вегетативными нарушениями. Разновидность эксцитомоторного синдрома Мари–Леви. Понятие, близкое к истериформным кризам Делея, наблюдается как осложнение терапии нейролептиками.

**К. эмоциональный Монахова–Мурга** [v. Monakov C., Mourgne R., 1930] – наблюдается иногда в начальной стадии различных органических заболеваний центральной нервной системы и характеризуется испытываемым больными тягостным чувством, мыслями об угрозе какого-то несчастья или близкой смерти. При этом отмечаются дрожание всего тела, озноб, ускоренное дыхание, профузный пот и другие вегетативные проявления. Не смешивать с К. аффективным (ср.).

**Крик эпилептический** – непроизвольный крик, обусловленный прохождением воздуха через верх-

ние дыхательные пути в начале тонической фазы тонико-клонического эпилептического припадка. Длится несколько секунд. Ему может предшествовать звучная икота, икающий крик.

**Криминология** *(лат. crimen* – преступление, *греч. logos* – слово, понятие, учение). Наука о преступности, ее причинах, личности преступника и жертвы, профилактике преступлений.

**Криминофобия** *(лат. crimen* – преступление, *греч. phobos* – страх) [Frankl V.E.]. Навязчивый страх совершить преступление.

**Криптогенный** *(греч. kryptos* – скрытый, тайный, *genos* – род, происхождение). Неизвестного происхождения. Употребляется в том же смысле, что и «генуинный», «идиопатический», эссенциальный: например, криптогенная эпилепсия.

**Криптография** *(крипто + греч. grapho* – пишу). Создание психически больными нового символического письменного кода. Отражение в письменной речи криптолалии. Наблюдается при шизофрении.

**Криптолалия** *(крипто+ греч. lalia* – речь). Создание больными новой, нелепой «речи», сплошь состоящей из неологизмов и не могущей служить средством коммуникации между людьми. Наблюдается при шизофрении.

Син.: неоглоссия *(греч. neos* – новый, *glossa* –

язык).

**Криптомнезия** *(крипто + греч. mnesis* – воспоминание). Симптом расстройства памяти, при котором как бы стирается грань между имевшим место в действительности, реальными событиями и событиями, о которых больной слышал от окружающих, читал или увиденными во сне. При этом возможны ассоциированные воспоминания (увиденное во сне, услышанное от других, прочитанное воспринимается как пережитое самим больным) либо отчужденные воспоминания (события реальной действительности воспринимаются как услышанное, прочитанное, увиденное во сне). Нередко К. является причиной поступков больных, трактуемых как плагиат. К. близка к иллюзиям памяти, двойным ощущениям.

**Кристаллизация бреда.** См. *Бреда кристаллизация.*

**Кристаллофобия** *(греч. krystallos* – лед, горный хрусталь, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь прикосновения к стеклянным предметам.

**Крисчена–Хенда– Шюллера болезнь** [Christian H.A., 1919; Hand M. 1893; Schuller A., 1915]. Наследственное заболевание (тип передачи аутосомно-рецессивный). В основе – нарушение холестеринового обмена и инфильтрация лимфоидными и плазматическими клетками плоских костей, твердой мозговой

оболочки, сосудов, кожи. Основные симптомы – поражение плоских костей, экзофтальм, несахарный диабет, отставание в физическом и умственном развитии. Развивается в детском возрасте.

**Критичность** *(греч. kritike* – искусство разбирать, судить). 1. Одно из свойств нормальной психической деятельности, способность осознавать свои ошибки, умение оценивать свои мысли, взвешивать доводы за и против выдвигающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке [Рубинштейн С.Л., 1958; Теплов Б.М., 1946]. По Б.В. Зейгарник [1986], К. состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с условиями реальности. Некритичность мышления в ситуации патопсихологического эксперимента характеризуется утратой контроля над интеллектуальными процессами (См. *Блейхера–Худика методика исследования критичности мышления).* 2. Критичность (вернее, некритичностъ) в отношении своих болезненных переживаний – бреда, галлюцинаций. Такая некритичность наблюдается и при грубых органических поражениях лобных отделов головного мозга. Некритичность проявляется и в отсутствии рассудительного отношения к своему состоянию у психически больных, анозогнозии.

**Кричтон-Брауна симптом** [Crichton-Browne J.].

Легкий тремор наружных углов рта и глаз. Признак наблюдается в начальной стадии прогрессивного паралича.

**Кронфельда интерпароксизмальный синдром** [Кронфельд А.С., 1938]. Совокупность психических расстройств, наблюдающихся у больных эпилепсией в межприпадочных состояниях. Включает в себя явления эпилептической деградации характера и деменции. Имеет более важное нозологически-специфическое значение, чем пароксизмальные, транзиторные симптомы.

**Кроцидизм** *(греч. krokydismos* – ощипывание шерсти). Симптом двигательного автоматизма: движения пальцев рук напоминают манипулирование мелкими предметами. Наблюдается при паркинсонизме.

Син.: «счет монет».

**Крузона синдром** [Crouzon L.E.O., 1912]. Форма олигофрении, характеризующаяся сочетанием умственной отсталости различной степени выраженности с пороками развития костей (дизостеозом). В патогенезе заболевания существенную роль играют нарушения кровообращения головы, возникающие на ранних этапах эмбрионального развития. Характерны деформация черепа, гипертелоризм, экзофтальм, дисплазии лица.

Гидроцефалия. Офтальмологически – косоглазие,

снижение остроты зрения, застой и атрофия дисков зрительных нервов. Психически – умственное недоразвитие, явления органического психосиндрома. Наследственное заболевание (аутосомно-доминантный или аутосомно-рецессивный тип наследования).

Син.: черепно-лицевой дизостеоз, дискефалия, наследственная черепно-лицевая дисплазия.

**Круомания** *(греч. kruo* – биться, *mania* – стремление, влечение). Импульсивное стремление наносить себе удары по голове, чаще всего биться головой о стену. Наблюдается при олигофрении, кататонической шизофрении, тяжелых депрессивных состояниях.

**Ксантопсия** *(греч. xanthos* – желтый, *opsis* – зрение). Нарушение цветового зрения: все предметы представляются окрашенными в желтый цвет. Наблюдается при некоторых интоксикациях (пикриновая кислота, амилнитрит, сантонин), желтухе, сотрясении мозга, как эпизодическое явление – при эпилепсии.

**Ксенолалия** *(греч. xenos* – чужой, *lalia* – речь). Нарушение речи с изменением структуры ее звуков, в связи с чем она становится похожей на иноязычную. Наблюдается при экстрапирамидной патологии, при сенсорной афазии.

**Ктиномания** *(греч. ktino* – убивать, *mania* – безумие, страсть). Непреодолимое влечение к мучитель-

ству животных, убийству. Наблюдается при олигофрении, некоторых формах психопатии.

**Кубомания** *(греч. kubos* – позвонок, в смысле – игральная кость, кубик для игры в кости, *mania* – безумие, страсть, влечение). Непреодолимое влечение к азартным играм. Наблюдается у психопатических личностей.

**Куимова–Керера феномен** [Куимов Д.Т., Kehrer A., 1937]. Неврологические симптомы, наблюдающиеся при хроническом алкоголизме: резкая болезненность при надавливании на ветви тройничного нерва в точках выхода из полости черепа и на глазные яблоки, повышение при этом давления ликвора. Проявляется особенностями поведения больного, стремящегося избавиться от причиняемой ему боли: обследуемый уклоняется от рук врача, отталкивает его руку. Характерны отрицательные эмоциональные реакции больного.

**Кулленкампфа–Тарнова синдром** [Kullenkampf C., Tarnov G., 1956]. Осложнение при лечении нейролептиками, особенно трифтазином и производными бутирофенона (галоперидол). Один из вариантов пароксизмального экстрапирамидного синдрома. Характерно приступообразное напряжение мышц лица, глотки, насильственное высовывание языка, затруднение глотания, дыхания и речи, насильственный по-

ворот головы в сторону или запрокидывание ее назад. Обычно наблюдается в начале курса лечения нейролептиками и не совпадает с явлениями паркинсонизма.

Син.: оральный синдром

**Культтерапия.** Разновидность социореабилитационной терапии, основой которой является психотерапевтическое влияние развлекательно-познавательных мероприятий с тщательно продуманной программой. При этом необходимо учитывать индивидуально-личностные особенности больного, его интересы, уровень психического развития, характер психопатологической симптоматики [Красик Е.Д., Петров М.И., Потапов А.И., 1983]. Группы больных образуют по признакам сходства в поведении и активности.

**Куннилингус** (*лат. cunnus* – женские наружные половые органы, *lingo* – лижу). Вид перверсии, при которой половое возбуждение у женщины вызывается раздражением ее наружных половых органов языком и губами партнера (партнерши). Наблюдается при гетеросексуальных отношениях и женском гомосексуализме.

Син.: кумбитмака, куннилинкцио, куннилинктус.

**Куссмауля симптом** [Kussmaul A., 1876]. Спотыкание на слогах, заключающееся в пропускании или удвоении слогов в речи. Особенно легко выявляется

при повторении трудных слов и скороговорок. Типичный признак прогрессивного паралича.

**Кутанина синдром многописательства** [Кутанин М.П., 1964]. Неудержимое стремление писать письма, содержащие однообразные жалобы, претензии, заявления, отражающие болезненную позицию больного. Иногда по письмам можно установить наличие бредовых идей величия, преследования, переоценку своей личности. Характерны многоречивость, претенциозность, витиеватость стиля.

Является разновидность графомании и наблюдается при паранойяльных состояниях. Отличается по характеру от чрезмерной письменной продукции больных шизофренией, отражающей явления разорванности мышления, стереотипии, иногда вербигерации.

**Кучеры синдром** [Kucera O., 1970]. «Легкая детская энцелофалопатия». Понятие, аналогичное Пейна синдрому незначительного хронического поражения головного мозга.

**Куэ метод психотерапии** [Coue E.]. Совокупность психотерапевтических приемов «сознательного (преднамеренного) самовнушения». Вначале пациент убеждается в силе собственного самовнушения, затем использует индивидуально подобранные формулы самовнушения. Наиболее эффективно самовнушение в момент пробуждения или засыпания,

при этом физиологически его можно представить как самогипноз. Метод используется как самостоятельно, так и в комплексе с другими психотерапевтическими методами. Самовнушение является основой и Шульца метода аутогенной тренировки.

# Л

**Лабильность** (*лат. labilis* – подвижный, нестойкий). Нестабильность функционирования, непостоянство, значительные колебания в амплитуде тех или иных проявлений.

**Лабильность аффекта.** Нестойкость настроения, склонность к его колебаниям, перепадам, частым сменам эмоций.

Син.: лабильность эмоциональная.

**Лабильность симптоматическая** [Kleist K., 1920]. Конституциональная предрасположенность к соматогенным психозам, склонность реагировать на соматогенные вредности психическими расстройствами экзогенного типа. У этих же лиц отмечается тенденция к повторению психозов при последующих соматических заболеваниях.

**Лактотерапия** *(лат. lac* – молоко, *греч. therapeia* – лечение). Метод неспецифической биологической терапии, разновидность протеинотерапии. Проводится для изменения реактивности организма при резистентности к инсулину, нейролептикам. Заключается в подкожном или внутримышечном введении стерилизованного молока.

**Лакунарный** *(лат. lacuna* – углубление, лаку-

на). Характеризующийся неравномерностью (как бы углублениями, западениями), например, лакунарное слабоумие в противоположность диффузному.

**Лалоневроз** *(греч. lalia* – речь, *neuron* – нерв, *–osis* – суффикс, обозначающий заболевание) [Kussmaul A., 1876]. Невротическое расстройство речи. См. *Логоневроз.*

**Лалофобия** *(лало + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь говорить из-за опасения возникновения заикания.

**Ламбдацизм** (*греч.* буква *ламбда,* обозначающая звук «Л»). Врожденный дефект речи, нечеткое произношение буквы «Л».

**де Ланге синдром** [de Lange C., 1933]. Форма умственного недоразвития. Характерны преждевременные роды, малая масса при рождении, низкий рост, микроцефалия, уродливое строение лица (сросшиеся брови, глубоко сидящие ушные раковины), короткие руки и ноги, синдактилия стоп. Умственное недоразвитие разной степени – от легкого до очень глубокого. Дети редко плачут или смеются, не проявляют эмоциональных реакций, лицо маскообразное.

Л.с. нередко обнаруживается в определенных семьях, у нескольких их членов. Возможны аутосомно-рецессивный или доминантный тип передачи.

Син.: амстердамский тип вырождения, синдром

Брахмана–де Ланге [Brachman W., 1916].

**Ларингоспазм** *(греч. larynx* – гортань, *spasmos* – мышечное сокращение, судорога). Внезапно наступающий судорожный спазм мышц гортани и голосовых связок. Иногда сочетается с кратковременным выключением сознания, непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией. Наблюдается при спазмофилии, тетании, эклампсии, эпилепсии, истерии.

Син.: ларингизм.

**Ласега симптом.** [Lasegue E.Ch.]. Потеря способности движения конечности при закрытых глазах. Симптом истерии. Нередко сочетается с нарушениями чувствительности и односторонними функциональными параличами конечностей.

**Ласега синдром.** [Lasegue E.Ch.]. Невозможность совершать движения конечностями без участия зрения, при закрытых глазах, тогда как эти же движения производятся без контроля зрения под влиянием гипнотического внушения. Наблюдается при истерии. Нередко сочетается с нарушениями чувствительности и односторонними функциональными параличами конечностей.

**Ласега–Фальре–Гризингера персекуторный бред** [Lasegue E.Ch., 1852; Falret J.P., 1854; Griesinger W., 1872]. Группа бредовых синдромов, для которых характерна убежденность больного в том, что он под-

вергается воздействию извне. Чаще всего это бред преследования, воздействия, иногда – ипохондрический, эротический. Больные с персекуторным бредом представляют известную опасность для окружающих, так как в ряде случаев из «преследуемых» превращаются в преследователей. В динамике персекуторного бреда выделялись такие периоды, как инкубации, интерпретации сенсорных расстройств и стабилизации («стереотипизированное и систематизированное сумасшествие»).

Син.: болезнь Фальре, бред преследования у дегенерантов Фальре, бред Ласега, болезнь Ласега, систематизированный бред преследования, хронический бред с систематическим развитием, систематизированный прогрессирующий психоз.

**Ласки заключительные.** Заключительная стадия полового акта – сексуальные действия, выражающие удовлетворенность и благодарность партнеру.

Син.: нахшпиль *(нем. Nachspiel).*

**Ласки подготовительные.** Стадия, предшествующая половому акту. Включает сексуальные действия (объятия, поцелуи) и слова, подготавливающие психологическую готовность партнеров к физической близости. Играет важную роль в гармоническом осуществлении полового акта; ей придается значение в психотерапии некоторых форм сексуальных рас-

стройств, в частности – женской аноргазмии.

Син.: ласки предварительные, форшпиль *(нем. Vorspiel).*

**Лата** *(малайск. lata* – боящийся щекотки). Острое транзиторное психотическое состояние, обычно возникающее вследствие внезапного испуга. Проявляется двигательным возбуждением с совершением циничных жестов и действий, копролалии или в форме имитации двигательных актов окружающих (эхопраксия), их речи (эхолалия), автоматической подчиняемости. Чаще всего встречается у молодых женщин. Некоторыми исследователями сближается с мерячением (см.). Л. рассматривается либо как острая форма кататонической шизофрении, либо в качестве истерической реакции при наличии повышенной внушаемости, у больных эпилепсией она наблюдается при состояниях сумеречного нарушения сознания, проявляющегося в автоматизированных действиях. По Й. Стоименову и И. Рачеву [1988], Л. следует расценивать как синдром, наблюдающийся при различных психических заболеваниях, а не в качестве отдельной нозологической формы. У коренных жителей Малайских островов Л. считается скорее проявлением необычного поведения, чем болезнью.

**Латентность** *(лат. latens* – скрытый, тайный). В психиатрии: скрытое, без видимых симптомов, про-

текание психического заболевания, чаще всего – его начального периода. Например, латентная шизофрения, латентный период прогрессивного паралича (время между заражением сифилисом и астеническими манифестными проявлениями болезни).

Латентными могут быть наследственные признаки – они проявляются не сразу после рождения, а с возрастом получают свое развитие.

**Латеропульсия** (*лат. lateralis* – боковой, *pulsus* – толчок). Непроизвольное отклонение тела в сторону после незначительного, легкого толчка с противоположной стороны.

**Латерофобия** (*латеро* + *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь лежать на одном боку, чаще – на левом (при кардиофобии).

**Лафора синдром** [Lafora G.R.]. Одна из форм миоклонус-эпилепсии, характеризующаяся поражением сетчатки с наступлением слепоты. Наряду с типичными эпилептическими припадками с тоническими и клоническими судорогами отмечаются миоклонические подергивания в различных частях тела. Миоклонические судороги наблюдаются как во время эпилептических припадков, так и в межприпадочные периоды. Изменения личности – аспонтанность, пассивность, нарастание апатии.

Патологоанатомически – дегенеративные измене-

ния в мозжечке, экстрапирамидной системе, осевых цилиндрах периферических нервов, в клетках печени и сердца, в исчерченной мускулатуре, в сетчатке. Нарушения метаболизма (повышение уровня содержания мукополисахаридов в моче, наличие мукополисахаридных включений в цитоплазме клеток печени (тельца Лафора)).

Заболевание наследственное, тип передачи аутосомно-рецессивный.

Син.: прогрессирующая злокачественная эпилепсия с миоклонией.

**Лебединского–Бортник методика психотерапии** [Лебединский М.С., Бортник Т.Л., 1965]. Модификация метода аутогенной тренировки, при которой сокращается срок курса лечения. Некоторые формулы аутогенной тренировки, направленные на предотвращение или снятие отдельных симптомов болезни, используются больным уже в начале лечения, до достижения общего расслабления. Аутогенная тренировка сочетается с функциональной, аутосуггестия с гетеросуггестией. Расширена формула покоя.

**Лебединского методика** [Лебединский М.С., 1966]. Экспериментально-психологическая методика исследования речи и мышления. Заключается в попеременном назывании пар одушевленных и неодушевленных предметов. Получаемые данные позволяют

судить о механизмах патологических нарушений речемыслительных процессов, о характере и уровне их.

**Леворукость.** Генетически обусловленное пользование преимущественно левой рукой при выполнении целенаправленных действий, выполняемых обычно правой рукой, например, письма, рисования, пользования ложкой, молотком и др. Л. может быть скрытой, в процессе онтогенеза у индивидуума вырабатываются навыки по выполнению этих действий правой рукой. Скрытая Л. определяется спонтанно, при некоторых аффективно обусловленных состояниях и с помощью несложных поведенческих тестов. Л. свидетельствует о локализации высших корковых функций (речи, чтения, письма и др.) в правом полушарии головного мозга.

**Левятова смесь** [Левятов В.М., 1965]. Предназначена для лечения больных эпилепсией, особенно с полиморфным характером припадков. Включает в себя фенобарбитал, калия бромид, натрия борат, кофеин, дифенин и триметин. Различные дозы и комбинации входящих в смесь ингредиентов подбираются индивидуально в зависимости от формы эпилепсии, частоты и характера припадков, выраженности психических изменений, массы тела и возраста больного, его чувствительности к противосудорожным средствам.

**Легастения** *(лат. lego* – читать, *а* – не, *sthenos* –

сила). Проявление патологии психического созревания – при нормальном развитии интеллектау детей обнаруживаются затруднения при овладении навыками чтения и письма.

Син.: дизлексия.

**Легран дю Солля триада** [Legrand du Saulle, 1886]. Совокупность симптомов, характерных для ревматических психозов, – депрессивное настроение, ступор и галлюциноз. Степень выраженности этих симптомов в клинической картине различна, чем определяется и известное разнообразие клинических проявлений [Knauer A., 1914]. Клиника острых ревматических психозов не ограничивается Л.С.т., в ней представлены фрагментарные нарушения сознания, психосенсорные расстройства, бредовые идеи преследования, явления психического автоматизма [Скворцова Е.К., 1958; Дворкина Н.Я., 1975].

**Лейкодистрофия** (*греч. leukos* – белый, *dys* – нарушение функции, рассогласование, *trophe* – питание). Тип наследственных заболеваний, характеризующихся недостаточностью процесса миэлинизации в белом веществе головного и спинного мозга. См. *Александера болезнь, Краббе болезнь, Пелицеуса – Мерцбахера болезнь.*

**Лейкотомия** *(греч. leukos* – белый, *thome* – разрез). Хирургическая операция – рассечение белого

вещества головного мозга. В соответствии с выбором метода различают Л.: закрытую, осуществляемую через небольшое отверстие в костях черепа, образованное фрезой; открытую, осуществляемую через трепанационное отверстие с последующей костной пластикой, и трансорбитальную, осуществляемую через верхнюю стенку орбиты.

В настоящее время Л. применяется главным образом при тяжелых болевых синдромах, не поддающихся лечению другими методами.

В 1935 г. А.С. Moniz предложил метод префронтальной (фронтальной) Л. для лечения шизофрении. С этой целью производилось хирургическое рассечение белого вещества лобных долей головного мозга с одной или обеих сторон, отделение коры лобной области от нижележащих отделов мозга. Катамнестические исследования показали малую эффективность метода и значительную частоту вызываемых им нежелательных побочных явлений, возникновение грубых органических поражений головного мозга. В нашей стране применение лейкотомии для лечения шизофрении запрещено. После периода интенсивного и широкого распространения (особенно в США. где показаниями к Л. являлись не только шизофрения, но и тяжелый невроз навязчивых состояний, плохо поддающиеся медикаментозной терапии болевые синдро-

мы) в настоящее время и за рубежом отмечается спад интереса к этому методу.

**Лейкоэнцефалиты** *(греч. leukos* – белый, *enkephalon* – головной мозг, *–itis* – суффикс, обозначающий воспалительную природу заболевания). Энцефалит с преимущественным поражением белого вещества головного мозга. К Л. относят ряд демиэлинизирующих заболеваний головного мозга (см.), а также Л. геморрагический острый – редко встречающееся остро протекающее поражение головного мозга невыясненной этиологии, для которого характерны множественные мелкоточечные кровоизлияния в белом веществе больших полушарий и мозолистом теле, сливающиеся в поля, очаговая и периваскулярная демиэлинизация, фибринозная дегенерация стенок сосудов. В большинстве случаев – летальный исход.

**Лекарственная зависимость.** Синдром нарко– или токсикомании, характеризующийся непреодолимой, патологической потребностью в приеме того или иного наркотика, психотропного препарата. При прекращении приема этого средства у больного наступают явления абстиненции или психические и физиологические нарушения, чувство дискомфорта.

Синдром Л.з. включает в себя синдромы психической и физической зависимости. Л.з. психическая проявляется психическим влечением к наркотику и спо-

собностью достижения состояния психического комфорта в интоксикации. Это психическое влечение носит характер обсессивного, выражается в постоянных мыслях о приеме наркотика, в предвкушении связанной с этим эйфории, в борьбе мотивов [Портнов А.А., 1959]. Обсессивное влечение определяет аффективный фон, присущий состоянию нарко– или токсикомана. Состояние комфорта после приема наркотика обозначает не только уход от дискомфорта в периоде вынужденной или добровольной трезвости, но и восстановление нарушенных психических функций. Л.з. психическая при прекращении приема наркотика или психотропного препарата не сопровождается абстиненцией, как это бывает при Л.з. физической. Влечение к наркотику при Л.з. физической всегда носит компульсивный характер, оно детерминирует поведение больного, подавляет противоречащие мотивы и контроль над своими поступками. Физическое влечение всегда сопровождается вегетативными расстройствами. Входящий в структуру Л.з. физический абстинентный синдром является достоверным признаком наркомании.

**Лекарственная непереносимость.** Повышенная чувствительность к некоторым лекарственным веществам, которые, будучи введены в организм даже в минимальных лечебных дозах, вызывают нежела-

тельные побочные реакции. Должна учитываться при назначении лечения во избежание осложнений лекарственной терапии. При этом принимаются во внимание как анамнестические сведения о переносимости больным того или иного психотропного препарата в процессе уже проводившегося раньше лечения, так и ряд наблюдений, относящихся к факторам патопластическим, например, наличие резидуальной органической патологии головного мозга способствует раннему появлению и тяжелому течению нейролептических синдромов.

**ван Леннепа тест четырех изображений** [van Lennep D.J., 1948]. Проективная психологическая методика. Обследуемому предлагают четыре смутно очерченные картинки (цветные рисунки, репродукции с акварелей), по которым он должен составить историю, обьединившую бы все рисунки. Каждый рисунок изображает различную жизненную ситуацию. Интерпретация рассказа качественная, анализируются присущие обследуемому и выявляемые при исследовании особенности отношений в жизни.

**Леннокса-Гасто синдром** [Lennox W.G., Gastaut H.]. Органическое поражение головного мозга, развивающееся главным образом у детей (от 2 до 8 лет) и характеризующееся наличием эпилептических припадков (тонических и атонических, атипичных абсан-

сов), диффузных медленных комплексов «пик-волна» в межприпадочном периоде, умственной отсталости. Рентгенологически – признаки атрофии головного мозга.

Син.: эпилептическая энцефалопатия с разрядами диффузных медленных «пик-волн».

**Ленноксатриада petit mal** [Lennox W.G., 1945]. Три типа малых эпилептических припадков с характерными для них изменениями на ЭЭГ:

1. Абсансы – наиболее легкая форма. Длительность припадка – 1-2 с. Без каких-либо предварительных симптомов происходит кратковременная утрата сознания. Тонус мышц существенно не изменен. На ЭЭГ отмечаются комплексы «волна-пик» (3 в 1 с).

2. Припадок акинетического типа, при котором вследствие резкого падения тонуса мышц больной может упастъ. На ЭЭГ – комплексы «волна-пик» или «пик-волна».

3. Припадок миоклонического типа – у детей. На ЭЭГ множественные комплексы «пик-волна» (1-3 в 1 с).

**Лента Казаля.** См. *Галстук Казаля.*

**Ленца нарушения схемы тела** [Lenz H.]. Особый тип нарушений схемы тела, отличающийся от аутотопагнозии и анозогнозии. Характерно сочетание нарушений собственно схемы тела и расстройства про-

странственного восприятия, например, чувство удвоения правой половины тела и увеличенное, искаженное восприятие всего, что находится справа. Наблюдаются при травмах головного мозга, при нарушениях мозгового кровообращения, при лизергиновых психозах, шизофрении, в качестве ауры при эпилепсии. Механизм связывается с расстройствами интегративной деятельности теменной области головного мозга.

**Леонгарда концепция акцентуированных личностей.** см. *Акцентуация личности.*

**Леонтьева методика опосредованного запоминания** [Леонтьев А.Н., 1928]. Экспериментально-психологическая методика для исследования памяти. Используется также для характеристики особенностей мышления психически больных. Обследуемому дается набор изображений предметов и предлагается выбирать из них те, которые облегчат ему запоминание называемых исследующим слов. При шизофрении обнаруживаются непродуктивность, выхолощенность ассоциаций, явления соскальзывания, ассоциации по случайным элементам.

**Лепрофобия** *(греч. lepros* – чешуйчатый, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться лепрой (проказой).

**Лептоменингит** *(греч. leptos* – тонкий, нежный, *анат. meninx* – мозговая, *греч. -its* – суффикс, обозна-

чающий воспалительный процесс). Воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек. Характерны появления менингеальных знаков, воспалительная картина при исследовании цереброспинальной жидкости. Различные формы Л. определяются локализацией процесса (базальный, задней черепной ямки и др.), морфологическим характером (адгезивный, гнойный, геморрагический и др.), этиологией (гриппозный, травматический, туберкулезный). Психические нарушения протекают по типу острых экзогенных реакций.

**Лептосом** *(греч. leptos* – тонкий, нежный, *soma* – тело). Субъект лептосомного телосложения [Kretschmer E., 1921]. Грацильное телосложение с преобладанием размеров в длину над поперечными, тонкими костями, недостаточно развитыми мышцами, незначительным жировым слоем. Высокий рост, узкое лицо, тонкий нос.

Син.: астеническое телосложение.

**Лермитта–Мак Алпина синдром** [Lhermitte J., McAlpine D., 1926]. Органическое поражение головного мозга, при котором, наряду с неврологической пирамидной и экстрапирамидной симптоматикой, наблюдаются психические расстройства – маниакальные и депрессивные состояния, к которым присоединяются галлюцинации, негативизм, бред. Возможен

смертельный исход в течение года. Патологоанатомически – множественные очаги поражения головного мозга, особенно лобных и височных его отделов, пирамидных путей. В случаях, описанных E.J. Herman [1978], такая шизоформная симптоматика была обусловлена энцефалитом.

**Лесбийская любовь** (на острове *Лесбос* в Эгейском море жила в конце VII в. до нашей эры древнегреческая поэтесса Sappho). Женский гомосексуализм.

Син.: лесбиянство, сапфизм, трибадия.

**Летальность** *(лат. letalis* – смертельный). Статистический показатель, свидетельствующий о количественном соотношении (в процентах) числа умерших от какого-либо заболевания и числа больных им за определенный период времени. Л. вычисляется в лечебно-профилактических стационарах и в контингентах больных, получающих амбулаторное лечение, является показателем опасности того или иного заболевания для жизни, а также постановки лечебного процесса в стационаре. Выделяют Л. больничную и внебольничную. Отдельно вычисляется Л., учитывающая смерть больных в течение первых суток госпитализации, свидетельствующая о качестве организации ургентной помощи (Л. досуточная).

**Летаргия** *(греч. lete* – забвенье, *argia* – бездей-

ствие). Форма перманентной гиперсомнии, по А.М. Вейну [1974], протекающая со снижением уровня всех жизненных функций – обездвиженность, понижение обмена веществ, ослабление или отсутствие реакций на внешние раздражители. Наблюдается при органических поражениях ЦНС (эпидемический летаргический энцефалит) и при функциональных расстройствах психики (истерия). Может длиться от нескольких часов до нескольких суток, недель. При отграничении Л. функциональной от эпидемического энцефалита играют роль сочетание гиперсомнии с лихорадкой и глазодвигательными расстройствами (триада C. Economo, присущая клинике энцефалита).

**Лечебно-производственные мастерские.** Предприятия, организуемые при психиатрических больницах и диспансерах и предназначенные для трудовой терапии и трудового обучения психически больных. В штат Л.п.м. входят врачи-психиатры, мастера-производственники, трудинструкторы.

**Лечебно-профилактические учреждения.** Медицинские учреждения для оказания лечебно-профилактической помощи населению. К психиатрическим, наркологическим Л.п.у. относятся больницы, диспансеры, полустационары (дневные и ночные), специализированные бригады скорой помощи.

**Лечение занятостью** *(англ. occupational therapy).*

Метод ресоциализации психически больных, включающий групповую работу в лечебных мастерских, правильную организацию психической и физической деятельности больного в труде и отдыхе.

**Лечение принудительное.** Проводится психически больным, совершившим общественно опасные действия и судебно-психиатрической экспертизой признанным невменяемыми. Назначается судом и осуществляется по месту жительства в психиатрической больнице. Назначается медикаментозное лечение, при необходимости устанавливается степень утраты трудоспособности, организуются социально-реабилитационные мероприятия. Больной не реже одного раза в шесть месяцев проходит повторное освидетельствование судебно-психиатрической комиссией и, если он будет признан не представляющим более общественной опасности, составляется акт об отмене Л.п. После отмены Л.п. судом больной переводится на лечение на общих основаниях и при отсутствии противопоказаний может быть выписан в общем порядке.

**Леша–Нейхана синдром** [Lesh M., Nyhan W.L., 1964]. Наследственное заболевание. Болеют преимущественно мужчины, тип передачи рецессивный. Характерна триада симптомов: энцефалопатия (умственное недоразвитие, двигательное беспокойство,

хореатические или атетонические гиперкинезы), нарушения пуринового обмена (гиперурикемия, гиперурикурия, почечнокаменная болезнь), нарушения поведения (агрессивные или аутоагрессивные тенденции). Аутоагрессивное поведение проявляется кусанием губ, вырыванием у себя ногтей и откусыванием фаланг. Психические нарушения связываются с возникающей вследствие нарушения пуринового метаболизма патологией обмена биогенных аминов в тканях мозга [Шапошников А.М., Александрова Л.А., 1979].

**Лёвенфельд–Бюлер тест миросозидания** [Lowenfeld M., Buhler Ch., 1955]. Проективная методика для исследования детей. Ребенку предлагают набор фигурок людей, зверюшек, различных предметов, с которыми он сталкивается в повседневной жизни. Из этого материала ребенок строит свой «мир», свой город, сцены войны, обыденной жизни. Учитывается возраст ребенка, его индивидуальные личностные особенности. Методика имеет психотерапевтическое значение, так как она не только способствует раскрытию присущих ребенку психологических конфликтов, но и их разрешению. Отечественными психотерапевтами подчеркивается диагностическая ценность процесса такой игры, а также возможность терапевтической переработки душевного конфликта у ребенка [Рожнов В.Е., Драпкин В.З., 1974].

**Лёвенфельд мозаичный тест** [Lowenfeld M., 1930]. Направлен на изучение интеллектуального развития и отдельных личностных свойств детей, начиная с трехлетнего возраста. Представлен набором из 456 фигурок пяти геометрических форм и шести цветов. Задание не ограничивается во времени. Применяется только для индивидуальных исследований. Используется в сочетании с Роршаха тестом и Векслера шкалой интеллекта для исследований детей-невротиков и при диагностике отставания в умственном развитии.

**Лёвенфельд–Хенненберга синдром** [Lowenfeld, Hennenberg, 1902]. Разновидность каталепсии. Характерно внезапное падение мышечного тонуса, сон. Сознание не нарушается, амнезия перенесенного отсутствует.

**Либидо** *(лат. libido* – желание, влечение) [Moll A., 1897]. Стремление к половой близости в различных ее формах. Термин широко использовался в классическом психоанализе и трактовался как фактор, обусловливающий все развитие человеческой психики и проходящего сложную эволюцию. В развитии Л. S. Freud и его последователи выделяли такие фазы (стадии) психосексуального развития как анальную, оральную, фаллическую, нарцистическую, зрелой сексуальности. Такого рода смена фаз инфан-

тильной сексуальности лишена научных оснований и проистекает из представлений древнего идонизма, рассматривавшего стремление к удовольствию как основное побуждение к жизни [Бассин Ф.Б., Ярошевский М.Г., 1989]. Психоаналитическая концепция Л. отражала позицию фрейдовского пансексуализма и в дальнейшем подвергалась ревизии со стороны A. Adler и C. Jung. Видный неофрейдист K. Horney [1939] пришла к полному отрицанию всей теории либидо. Г.С. Васильченко [1977], рассматривая либидо в системном аспекте, выделяет в нем энергетический (нейрогуморальный) компонент, проявляющийся как общий фон и воспринимаемый как состояние психофизиологического комфорта, и половую доминанту, которая обусловливает специфически-эротическую окраску Л., переключает внимание на сексуальный объект. Половая доминанта является корковым, условно-рефлекторным, компонентом Л. и неразрывно связана с нейрогуморальным компонентом.

**Либиха методы коллективной психотерапии** [Либих С.С., 1967]. 1. Патогенетическая коллективная психотерапия, включающая изучение личностных особенностей больных и перестройку неправильно сформированных отношений личности с дальнейшей тренировкой и закреплением социально ценных отно-

шений. 2. Симптоматическая коллективная психотерапия, седативная, активирующая, отвлекающая, при которой решаются более узкие задачи, не затрагивающие всей личности в целом.

**Лиганды** *(лат. ligo* – связываю). Специфические эндогенные вещества, возбуждающие определенные типы клеточных мозговых рецепторов – адренергических, дофаминергических, холинергических, серотонинергических, бензодиазепиновых, пептидергических и др.

**Ликворрея** *(лат. liquor* – спинно-мозговая жидкость, *греч. rhoia* – течение, истечение). Истечение ликвора из ушей, носа. Признак перелома основания черепа и повреждения твердой мозговой оболочки. Л. может наблюдаться не сразу после черепно-мозговой травмы, а через несколько дней, недель.

**Ликорексия** *(греч. lykos* – волк, *orexis* – голод). Болезненное влечение к еде, проявляющееся в поедании огромных количеств пищи, часто не совместимых пищевых продуктов, в несоответственных сочетаниях. Этим отличается от ситомании, при которой чрезмерная еда заключается в слишком частых приемах пищи.

Син.: волчий аппетит, волчий голод, булимия.

**Линдемана синдром** [Lindeman E., 1949]. Патологическое, враждебное отношение к обществу, кото-

рое в ряде случаев становится причиной гоми– и суицидальных действий. Наблюдается при дезадаптации у психопатических личностей, в рамках параноияльных состояний и параноических развитии (персекуторная паранойя), при шизофрении, в ее процессуальной стадии.

Син.: гипередизм.

**Линдсли–Вольпе–Айзенка бихевиоральная психотерапия** [Lindsley O.R., 1954; Volpe J., 1958; Eysenck H.J., 1959]. Психотерапевтический метод, основанный на концепции бихевиоризма и рассматривающий болезненное состояние как проявление нарушенного, неадаптивного поведения. Поведение человека сводится к стимулам – реакциям и занимающим промежуточное между ними положение навыкам. Цель психотерапевтического воздействия – устранение синдрома нарушенного поведения путем специальных условно-рефлекторных тренировочных методик, угашение неадекватных и образование противоположных им условных рефлексов. При этом игнорируются роль психогенеза неврозов, патогенетическая направленность психотерапевтического процесса, недооценивается роль личности больного в возникновении заболевания и в построении психотерапии. В основе «обучения» лежит механизм реципрокного торможения – реакция, несовместимая

со страхом, затормаживает действие вызывающего страх раздражителя и подавляет самый страх. Примером может служить выработка у больного навыка останавливать свои навязчивые мысли. Сущность невроза понимается и объясняется больному как привычка к неадаптивному поведению, центральным звеном которого является необоснованное переживание страха. Страху противопоставляется реакция утверждения, релаксация, конкурирующие условные двигательные реакции и т.д. Для преодоления беспокойства и страха с релаксацией сочетают десенситизацию (снижение избирательной чувствительности к определенным психогенным факторам). В советской психотерапии подчеркивается методологическая неприемлемость принципов бихевиоризма, однако отмечается возможность использования отдельных методических приемов бихевиоральной терапии в общем комплексе психотерапевтических и реабилитационных мероприятий [Вольперт И.Е., 1972; Зачепицкий Р.А., 1979].

**Липалгия** *(греч. lipos* – жир, *algos* – боль). См. *Деркума болезнь.*

**Липемания** *(греч. lype* – печаль, *mania* – страсть, влечение, безумие). Исторический термин, обозначавший психические болезни, протекавшие с меланхолией и бредом. Был предложен E. Esquirol [1838],

отмечавшим характерные для Л. «частичный хронический бред» и «аффекты печали, бессилия, подавленности».

**Липмана феномен** [Liepmann H., 1895]. При надавливании на глазные яблоки у больных алкогольным делирием появляются зрительные галлюцинации, соответствующие содержанию одновременно производимого внушения.

См. *Симптом Липмана, Интеллектуальные иллюзии Липмана.*

**Липотимия** *(греч. leipo* – оставлять, *thymos* – чувство). Кратковременная потеря сознания, обморок.

**Липохондродистрофия** *(липо + греч. chondros* – хрящ, *dys* – нарушение функции, рассогласование, *trophe* – питание). См. *Гаргоилизм.*

**Лири тест межличностной диагностики** [Leary T., 1955]. Психологическая методика, направленная на изучение интерперсональных отношений. Обследуемый сообщает о наличии определенных психологических качеств у себя, у супруги (супруга), своих отца и матери, характеризует личностные свойства, которые были бы желательны для партнера по браку и выделяет черты, которыми, по его представлению, его супруга должна была бы характеризовать его самого. В модификации Г.С. Васильченко и Ю.А. Решетняка [1972], методика применяется в сексопатологии. Име-

ются данные о результативности ее применения для изучения «внутренней картины болезни» при неврозах и в процессе психотерапии [Ташлыков В.А., 1981].

**Лиссауэра форма прогрессивного паралича** [Lissauer H., 1901]. Атипичная форма прогрессивного паралича, своеобразие которой обусловлено локализацией патологического процесса, поражающего преимущественно задние отделы головного мозга. Характерны очаговые психопатологические симптомокомплексы (афатико-агностико-апрактические расстройства, эпилептиформные припадки), слуховые галлюцинации. Слабоумие развивается медленнее, чем при типичных формах, и носит более лакунарный характер.

**Лиссофобия** *(греч. lyssa* – бешенство, безумие, *phobos* – страх). См. *Маниофобия.*

**Литеральная атаксия** *(лат. littera* – буква, *греч. а* – не, *taxis* – ряд, последовательность). Явления нарушения структуры слова (удвоение звуков, их замены, пропуски). Расстройство речи, характерное для прогрессивного паралича. Иногда проявляется спонтанно, в экспрессивной речи, в других случаях для обнаружения Л.а. больного просят произносить скороговорки, предъявляют ему повышенную речевую нагрузку. Разновидность литеральной парафазии. См. *Куссмауля симптом.*

**Литиотерапия.** Литий – вещество, соли которого являются нормотимическими препаратами (См. *Нормотимики).* Соли лития (чаще всего углекислая) применяются для лечения гипоманиакальных и средней тяжести маниакальных состояний. При тяжелых маниях, а также при сложных маниакальных синдромах (наличие бредовых, галлюцинаторных и др. психопатологических проявлений) препараты лития эффективны в сочетании с психотропными.

Соли лития широко применяются для профилактики аффективных фазовых психозов: при биполярном течении – после второго приступа, при монополярном – не раньше третьего [Angst J., 1977]. Контроль осуществляется лабораторно (уровень лития в сыворотке крови) и клинически (металлический привкус во рту). Лечение начинается в маниакальном состоянии или в светлом промежутке.

**Литмана–Шмишека личностный опросник.** [Littmann E., Schmieschek H.G., 1982]. Личностный опросник для выявления акцентуации черт характера и темперамента. Является расширенным и переработанным вариантом Шмишека личностного опросника, основан на Леонгарда концепции акцентуированных личностей. Состоит из 114 вопросов, ответы на которые распределяются по шкалам соответственно типам акцентуации, включая шкалы интро-, экстравер-

сии и инфантильности.

**Личко – Иванова личностный опросник** [Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1977]. Личностный опросник, предназначенный для выявления акцентуаций характера и психопатий в подростковом возрасте. Результаты обрабатываются по шкалам субъективной и объективной оценки. При этом также отмечается возможное наличие тенденции к диссимуляции, определяется степень откровенности обследуемого, диагностируется органическая природа личностной аномалии, обнаруживается реакция эмансипации.

**Личности дистонные** *(греч. dys* – нарушение функции, рассогласование, *lonos* – напряжение) [Bostroem A.]. Понятие, аналогичное шизопатическим личностям и противоположное синтонным личностям.

**Личности синтонные** *(греч. syntonia* – созвучие, согласованность) [Bleuler E.]. Личности гармонические, уравновешенные, эмоционально откликаемые, легко контактируемые с окружающими.

**Личности структура по Мерлину** [Мерлин B.C., 1967]. Различаются две группы индивидуальных особенностей: 1) свойства индивида (темперамент и индивидуальные качественные особенности психических процессов); 2) свойства индивидуальности (мотивы и отношения, характер, способности).

**Личности структура по Мясищеву** [Мясищев В.

Н., 1960]. Л.с. раскрывается с позиций психологии отношений (См. *Мясищева теория психологии отношений)* и включает в себя: 1. Систему отношений; 2. Психический уровень человека (идейный уровень активности, ум, уровень функционирования памяти, внимания, восприятия и пр.); 3. Динамика реакций и переживаний человека – активность (степень ее, область проявления и др.) и реактивность (степень ее, повышенная или пониженная эмоциональная возбудимость, нормальная или патологическая реактивность, относительная степень их выраженности); 4. Соотношение психических свойств в их единстве (пропорциональность и непропорциональность свойств психики, наличие или отсутствие доминирующих отношений – интересов, потребностей, – соотношение между идейно-общественным и личным: гармоничность, цельность личности или ее внутренняя противоречивость, ее широта, глубина).

**Личности структура по Платонову** [Платонов К.К., 1953]. Основана на концепции динамической функциональной структуры личности. Различают четыре подструктуры: I – исключительно социально обусловленная (направленность, отношения, моральные качества); II – опыт (знания, навыки, умение, привычки); III – индивидуальные особенности психических процессов или психических функций, понимае-

мых как формы отражения (эмоции, ощущения, мышление, восприятие, чувства, воля, память); IV – биологически обусловленная подструктура (темперамент и органические патологические особенности). В указанные подструктуры или на их взаимопроникающих стыках включаются все известные черты личности, которые и являются основными элементами ее структуры.

**Личности структура по Рубинштейну** [Рубинштейн С.Л., 1946]: 1. Направленность (установка, интересы, потребности); 2. Способности; 3. Темперамент и характер.

**Личности структура по Фрейду** [Freud S.]. Основополагающая концепция классического психоанализа, базируется на признании двух основных управляющих человеком влечений – к жизни (половое) и к смерти, разрушению. Личность представлена тремя системами: «Оно» (Id), «Я» (Ego) и «сверх-Я» (Super-Ego). «Оно» представляет сферу врожденного, инстинктивного, бессознательного, источник психической энергии. «Я» представляет инстанцию, промежуточную между «Оно» и «Сверх-Я», осуществляющую контроль над идущими в «Сверх-я» из «Оно» импульсов, влечений. «Сверх-Я» представляет усвоенные с детства традиционные ценности и общественные идеалы («Идеал-Я»). Концепция подверглась ревизии его последователями и была ими,

особенно неофрейдистами, признана неприемлемой, так как она недооценивала социально-культурные факторы и придавала слишком большое значение моментам биологическим, фатально-инстинктивной обусловленности развития человека. [Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966].

**Личности типология по Роршаху** [Rorschach H., 1921]. Основана на выделении «типа переживания» при исследовании с помощью метода Роршаха. Выделены четыре типа личности: 1) экстратенсивный – внешние интерпретации по цвету превалируют над кинестетическими, в которых усматриваются движения человека; 2) интроверсивный – кинестетические интерпретации превалируют над ответами по цвету; 3) амбиэквальный – кинестетические и цветовые интерпретации представлены в большом, но равном количестве; 4) суженный (коартивный) – малое количество или полное отсутствие интерпретаций как по цвету, так и кинестетических. «Типы переживаний» коррелируют с определенными свойствами интеллекта, чертами характера, особенностями аффективности и видом психической патологии. Понятие интроверсии у H. Rorschach отличается от введенного C. Jung (см. *Личности типология по Юнгу*. Интроверсия у C. Jung – это состояние, у H. Rorschach она может выступать и как процесс. Кроме того, по H. Rorschach, интровер-

сия не противопоставляется экстратенсии. E. Bleuler [1929] отмечал определенное соответствие между интроверсией-экстратенсией с синтоническими и шизоидными реакциями, указывая, что один и тот же человек может в соответствии с обстоятельствами обнаружить синтоническую или шизоидную реакцию.

**Личности типология по Юнгу** [Jung C., 1920]. Основывалась на выделении типов интро– и экстраверсии как основных типов личности, психологических индивидов. Судьба интроверта, по C. Jung, определяется его собственной внутренней жизнью, экстраверта – объектами его интересов. Внутри каждого из этих типов различались мыслительный, эмоциональный, сенсорный и интуитивный варианты. В более общем виде различались экстра– и интровертированные рациональный (мыслительный и эмоциональный) и иррациональный (сенсорный и интуитивный) психологические типы. Критерии различения экстра– и интроверсии в основном сводились к субъективности и объективности мышления [Leonhard K., 1970]. H.J. Eysenck [1964] связывает экстра– и интроверсию со степенью возбуждения и торможения в центральной нервной системе, рассматривая этот фактор как результат баланса возбуждения и торможения, являющийся в значительной степени врожденным. Типичные интро– и экстраверт рассматриваются H.J.

Eysenck как противоположные личности, края континуума, к которым разные люди в той или иной мере приближаются. Достаточных оснований для отождествления интро– и экстравертов по H.J. Eysenck с выделенными И.П. Павловым типами высшей нервной деятельности не установлено. К. Leonhard считал, что неправомерно, как это делал H.J. Eysenck, связывать фактор интро– и экстраверсии с чертами темперамента, и рассматривал эти понятия как собственную психическую сферу, причем для экстраверта определяющее влияние имеет мир ощущений, а для интроверта – мир представлений, так что один побуждается и управляется больше извне, другой изнутри.

У экстраверта его восприятие, переживания, интересы связаны, главным образом, с внешним миром, у интроверта преобладает внутренняя направленность психических процессов.

**Личность.** Устойчивый комплекс социально значимых черт, присущих индивиду и общественно обусловленных. Л. – это человек в целом, ему присущи сознание и самосознание. Общественная обусловленность свойств личности свидетельствует о необходимости ее изучения в контексте общественных условий.

**Литтля болезнь** [Little E.G.G., 1862]. Спастический

двусторонний паралич у детей в результате предродовой, родовой или послеродовой травмы. Наблюдается спастическая параплегия нижних конечностей, значительно повышены сухожильные рефлексы, но иногда они не вызываются из-за спазм мышц. Атетотические или хореатические расстройства движений. Дизартрия. Брадилалия. В парализованных конечностях контрактуры. Иногда – эпилептиформные припадки. Умственное недоразвитие различной степени (симптом необязательный). Форма детского церебрального паралича.

**Лобэктомия** *(греч. lobus* – доля, *ektomia* – удаление). Удаление хирургическим путем доли органа (мозга). Термин часто применяется в отношении лейкотомии (см.), что является неправильным.

**Ложная беременность** *(лат. graviditas spuria).* Наблюдающийся при истерии у женщин психопатологический симптомокомплекс, проявляющийся внешними признаками беременности (аменорея, увеличение живота, нагрубение грудных желез и т.п.) вследствие аутосуггестии.

**Логагнозия** *(греч. logos* – слово, речь, *a* – не, *gnosis* – знание). Затруднение или неспособность узнавания сказанного или написанного слова. Симптом сенсорной афазии.

**Логастения** *(греч. logos* – слово, речь, *a* – не,

*sthenos* – сила). Симптом речевых расстройств. Повышенная утомляемость, проявляющаяся в речевой деятельности и сочетающаяся со страхом неправильного произнесения слов, неуверенностью. Наблюдается при разного рода астенических состояниях, у детей – при неправильном воспитании речевых навыков в периоде их становления.

**Логика аффективная** *(греч. logos* – мысль, речь, разум, *лат. affectio* – отношение, расположение). Логика – совокупность наук о законах и формах мышления [Кондаков Н.И., 1975]. О Л.а. говорят в тех случаях, когда хотят подчеркнуть влияние аффективного состояния субъекта на присущий ему логический строй мышления, что приводит к искажению умозаключений, суждений. Эти суждения не опираются на объективные основания, предпосылки, часто игнорируют их. В значительной мере Л.а. присуща кататимическому и паралогическому мышлению.

**Логоклония** *(лого + греч. klonos* – беспорядочное движение). [Kraepelin E., 1904]. Форма речевой персеверации, проявляющаяся в ритмическом повторении слогов в устной или письменной речи. Первоначально была описана при прогрессивном параличе. Частый признак речевых расстройств при развернутых клинических картинах Альцгеймера болезни. Наблюдается также при некоторых формах энцефалита.

Нередко наблюдается своеобразная динамика проявлений Л. – вначале отмечается ритмическое повторение первого слога или фрагмента слова, затем логоклонически повторяются слоги посредине и даже в конце его.

По мнению K. Kleist [1934], Л. обусловлена поражением стриарных тел в головном мозге.

**Логоневроз** *(лого + греч. neuron* – нерв, *–osis* – суффикс, обозначающий патологическое состояние, болезнь). Невротически обусловленное заикание (заикание может быть и следствием органического поражения головного мозга).

Син.: невроз речи.

**Логопедия** *(лого + греч. pais* – ребенок). Наука, изучающая расстройства речи у детей и взрослых, их семиотику, диагностику и методы лечения. Объектом Л. являются дефекты речи и произношения – глухонемота, анартрии, алалии, афазии, дислалии, заикание и др. Подготовка специалистов-логопедов осуществляется на дефектологических факультетах педагогических институтов и включает в себя изучение пограничных медицинских наук, в том числе неврологии, психиатрии, медицинской психологии. Логопеды работают в специализированных кабинетах в районных поликлиниках и диспансерах.

**Логорея** *(лого + греч. rhoia* – течение, истече-

ние). Симптом патологии речи – речевое возбуждение, многословие, ускорение темпа и безудержность речевой продукции. Наблюдается при сенсорной афазии (сочетание с литеральными и вербальными парафазиями), маниакальных состояниях, прогрессивном параличе, шизофрении.

Син.: полифазия, речевое недержание, «речевой понос».

**Логотерапия** *(лого + греч. therapeia* – лечение) [Frankl V.E., 1961]. Психотерапевтическая система, основанная на экзистенциалистских представлениях. Объект ее применения – так называемые ноогенные неврозы, состояния экзистенциальной фрустрации и экзистенциальной пустоты. Под ноогенными понимаются неврозы духовного плана (конфликты совести, нравственное напряжение), под экзистенциальной фрустрацией – утрата смысла жизни. Состояние человека вследствие этой утраты определяется как экзистенциальная пустота.

**Логофобия** *(лого + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь нарушения способности к экспрессивной речи, произнесения слов.

**Локализационизм** *(лат. localis* – местный). В неврологии и психиатрии: система взглядов, согласно которой синдромы, симптомы нарушений высших корковых функций связывались непосредственно с оча-

гом поражения в головном мозгу, при котором они наблюдаются. Основой Л. явились исследования афазий во второй половине XIX в. [M. Dax, P. Broca, C. Wernicke и др.]. Л. не мог объяснить многих клинических факторов, наблюдающихся при фокальной органической патологии головного мозга, с ревизией основных его положений выступили представители эквипотенциализма (см.). Л. является психоморфологической концепцией, однако и в настоящее время проводятся исследования с узколокализационистских позиций [Nielsen J.M., 1948; Bay E., 1957; Russul W.R., 1963].

**Локализация высших психических функций.** Исторически сложилась в дискуссиях между локализационизмом и эквипотенциализмом. В советской нейропсихологии концепция Л.в.п.ф. разработана А.Р. Лурия и его школой. Базируется на понимании психических функций как сложных системных образований, а их локализации как динамической. Физиологический субстрат психической функции – сложная функциональная система, состоящая из множества афферентных и эфферентных звеньев, взаимодействующих между собой и замещающих друг друга. Функционирование этих звеньев вносит свой фактор в целостную высшую психическую функцию. Сочетание пораженных морфологических зон и обусловленных

их деятельностью физиологических звеньев приводит к выпадению специфического фактора, что проявляется клинически своеобразными очаговыми признаками патологии высших корковых функций. Представление о динамической Л.в.п.ф. отрицает как локализационизм с его жесткой приуроченностью функции к определенным ограниченным структурам головного мозга, так и эквипотенциализм с его абсолютным отрицанием дифференцированности участия разных участков головного мозга в осуществлении функций.

**Локальный** *(лат. locus* – место). Местный, ограниченный четко очерченной областью, исходящий из изолированного очага.

Син.: фокальный *(лат. focus* – очаг).

**Ломброзианство.** Концепция о врожденной морфофизиологической предрасположенности отдельных индивидов к уголовным преступлениям. Учение о прирожденном преступнике ведет свое начало с книги C. Lombroso «Homo delinquent» [1876]. Наклонность к совершению преступления рассматривалась лишь как следствие дегенеративной конституции. Врожденному преступнику, согласно Л., присущи физические (например, неправильная форма черепа) и клинико-психопатологические (скрытая форма эпилепсии) черты. Как проявление скрытой эпилепсии трактовалась и гениальность – причины творческого вдохно-

вения, по C. Lombroso, суть эквиваленты судорожных припадков. Л. признавало биологическую предопределенность судьбы личности. В свете концепции Л. преступление теряет свою социальную обусловленность и определяется биологической сущностью индивида.

**Лонгосомния** *(лат. longe* – далеко, вдаль, *somnos* – сон). [Буянов М.И., 1985]. Слишком продолжительный сон. Помимо физиологических, выделяются патологические формы (например, при энцефалитах).

**Лоренса–Муна–Бидля синдром** [Laurence J.Z., Moon R.C., 1886; Biedl A., 1922]. Характеризуется следующими основными признаками: пигментный ретинит, адипозогенитальная дистрофия, умственное недоразвитие. Возможны синдактилия, полидактилия, деформации черепа и скелета, атрезия заднего прохода. Возникает вследствие поражения в раннем детстве промежуточного мозга и гипофиза (черепно-мозговые травмы, менингиты, энцефалиты).

Син.: окулодиэнцефальный синдром.

**Лоу синдром** [Lowe Ch.U., 1952]. Наследственное заболевание, тип передачи – рецессивный, связан с Х-хромосомами. Болеют только мальчики. Матери передают заболевание, но сами не болеют. Характерны поражения глаз (двусторонние глаукома, катаракта, гидрофтальм), умственная отсталость, повы-

шенное выделение с мочой органических кислот (гипераминоацидурия). Альбуминурия. Карликовый рост при пропорциональном телосложении. Недостаточное окостенение скелета. Крипторхизм. Патология обнаруживается сразу после рождения.

Патологоанатомически – гипоплазия лобных долей головного мозга, гидроцефалия, неполная дифференцировка коркового вещества почек.

Прогноз неблагоприятный. Больные погибают в возрасте до 10 лет от присоединения интеркуррентной стафилококковой инфекции с септикопиемией или от недостаточности почек.

Син.: окулоцереброренальный синдром.

**ЛСД-25.** Препарат психотомиметического действия. В небольших дозах и при однократном приеме обладает транквилизирующим и эйфоризирующим действием, однако в лечебной практике не применяется, так как к нему очень скоро возникает наркоманическое пристрастие. Даже при однократном приеме могут развиваться психотические состояния по типу острых экзогенных реакций, с делириозными или онирическим нарушениями сознания, бурным аффектом тревоги и страха. Характерны многообразные нарушения восприятия – зрительные, в том числе хроматические, слуховые, тактильные иллюзии и галлюцинации, явления деперсонализации и дереализации

[Мильштейн Г.И., Спивак Л.И., 1971], аффективные расстройства широкого спектра.

Син.: диэтиламид лизергиновой кислоты.

**Лунатизм.** См. *Сомнамбулизм.*

**Лундберга болезнь** [Lundberg P.O., 1973]. Наследственное заболевание, характеризующееся сочетанием миопатии, выраженной олигофрении, патологии скелета и гипергонадотропным гипогонадизмом (аменорея, ранняя менопауза). Неврологически – пирамидные знаки, прогрессирующие нарушения моторики, расстройства речи. Наблюдаются аномалии скелета. Тип наследования аутосомно-рецессивный.

Син.: Лундберга синдром.

**Лундборга психоклоническая реакция (** *греч. klonos* – беспорядоченное движение) [Lundborg H.B., 1903]. Усиление миоклонических судорог при миоклонус-эпилепсии под влиянием психического возбуждения, аффекта.

**Лундборга сенсоклоническая реакция** *(греч. klonos* – беспорядочное возбуждение) [Lundborg H.B., 1903]. Усиление миоклонических судорог при миоклонус-эпилепсии под влиянием раздражений органов чувств.

**Лурия методика исследования кратковременной памяти** [Лурия А.Р., 1973]. Экспериментально-психологическая методика, направленная на ис-

следование влияний побочной (интерферирующей) деятельности на удержание запомнившегося материала. Изучает ретроактивную и проактивную интерференцию, возникающие в связи с гомогенной (заучивание другого материала) и гетерогенной (выполнение счетных операций, рисование) деятельностью в интервалах мнестической пробы.

**Лучиани синдром** [Luciani L., 1907]. Триада симптомов при различных поражениях мозжечка: 1) мышечная астения или гипостения (снижение работоспособности мускулатуры); 2) атония (снижение напряжения мускулатуры в покое); 3) астазия (снижение устойчивости произвольных движений). Может наблюдаться и атаксия.

**Людотерапия** *(лат. ludus* – игра, *греч. therapeia* – лечение). Метод психотерапии, основанный на использовании факторов, вызывающих психическое расслабление, снимающих напряжение (игровая терапия в узком смысле слова, музыкотерапия, танцы и т.п.).

**Люофобия** *(лат. lues* – сифилис, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться сифилисом. Разновидность нозофобии.

Син.: сифилофобия.

**Люцидный** *(лат. lux* – свет). В смысле – ненаполненный патологическим содержанием. Например, Л.

интервал («светлый промежуток») при МДП, Л. кататония – кататония, протекающая без галлюцинаторно-бредовых переживаний.

**Люшера тест выбора цвета** [Luscher M., 1948]. Экспериментально-психологическая методика, направленная на исследование личностных свойств. Основана на предположении, что предпочтение того или иного цвета отражает сознательную и бессознательную структуру личности. Предусматривает выбор обследуемым цветовых образцов и построение субъективной иерархии цветовых предпочтений. Обследуемый выбирает из ряда окрашенных в различные цвета квадратов наиболее или наименее для него приятные. Оценка производится по параметрам активности – пассивности и гетероаутономности. Интерпретация предпочтительных цветов в значительной мере представляется гипотетической. По данным одного лишь Л.т.в.ц. нельзя дать целостную характеристику личности. Однако методика улавливает изменения эмоционального состояния обследуемого в динамике. Такого рода данные с помощью методики субъективного восприятия цвета К.А. Рамуля [1966] были получены при дисфориях у больных эпилепсией [Блейхер В.М., Борисов И.В., 1969].

Л.т.в.ц. удачно был применен С.Н. Боковым [1988] при шизофрении, где он показал зависимость тенден-

ции деятельности обследуемых от степени выраженности психического дефекта, снижения уровня мотивации.

**Люэс** *(лат. lues* – заразная болезнь, зараза). Сифилис. Нейролюэс – сифилитические поражения нервной системы.

# М

**Магницидиум** (*лат. magnus* – большой, *caedo* – убиваю). Убийство высокопоставленных лиц.

**Мазохизм.** Половое извращение, при котором возбуждение и удовлетворение возможны лишь при истязаниях, причинении партнером физической боли, мучений, нанесении оскорблений. По R. Krafft-Ebing [1886], М. характеризуется желанием переносить боль, подчиняться насилию. Противоположен садизму.

Название связано с именем австрийского прозаика конца XIX – начала XX в. Захер-Мазоха, в произведениях которого было подробно описано это половое извращение.

Син.: пассивная алголагния, алгофилия, алгедония.

**Мазуркевича теория** [Mazurkiewicz J.]. Одна из форм неоджексонианства. В соответствии с механизмами диссолюции рассматриваются чувства и влечения человека, в качестве материального субстрата которых выступает вегетативная нервная система. Инстинкты, влечения являются источником динамики психической жизни. Этапы развития психических функций человека рассматриваются в послой-

но-эволюционном аспекте, они находят свое отражение в структуре психической деятельности взрослого человека. Последняя представлявляет синтез условно-двигательных прелогических и логических динамизмов. Вегетативная нервная система, по J. Mazurkiewicz является основой, объединяющей все этажи головного мозга, формирование которых соответствует этапам психики.

Примером применения М.т. к психиатрии являются взгляды ее автора на шизофрению. Так, при шизофрении происходит истинная, прогрессирующая, непосредственная диссолюция, при которой в первую очередь поражаются расположенные наиболее высоко в иерархическом отношении отделы головного мозга, тогда как функционирование нижерасположенных этажей (уровней центральной нервной системы) не страдает и может быть даже усиленным. Так, по J. Mazurkiewicz, возникает продуктивная психопатологическая симптоматика (галлюцинации, бред), обусловленная раздражением прелогических структур.

**Майера кататимное мышление.** См. *Кататимия, Мышление кататимное.*

**Майера психобиологическая терапия** [Meyer A.]. Основана на сочетании эргазиологической концепции и психоанализа. Основной метод – объяснение больному, что наблюдающаяся у него симптоматика

является результатом подавления бессознательных сексуальных комплексов, обучение его адекватным реакциям на жизненные ситуации. Психобиологическая психотерапия («анализ личности») претендует на роль основного и исключительного метода терапии психических заболеваний, рассматриваемых как последнее заключительное звено в цепи реакций, обусловленных событиями предшествующей жизни.

**Майера симптом** [Meyer A., 1910]. Расширение зрачков при надавливании на живот в точке Мак-Бурнея. Может наблюдаться при различных психических заболеваниях.

**Майера эргазиология** *(греч. ergasia* – работа, действие, деятельность, *logos* – слово, понятие, учение). [Meyer A., 1908]. Основная концепция созданной Meyer A. в 1915 г. психобиологии, являющейся эклектической прагматической теорией. Человек рассматривается как некое интегрированное единство биологических, социальных и психологических факторов. Нозологический принцип в психиатрии, основанный на изучении этиологии психозов, подменяется проводимым с позиций кондиционализма исследованием условий возникновения так называемых эргастических реакций. Последние рассматриваются как психобиологические нарушения адаптивной реакции личности. Само понятие психического заболевания рас-

сматривается как результат непрерывно текущих эргазий, суммирования и взаимодействия ряда факторов, ни один из которых не является ведущим. Изучение болезни сводится к анализу биографии больного. Различают шесть типов реакций, как бы вбирающих в себя всю психическую патологию: 1) органический; 2) делириозный; 3) аффективный; 4) параноидный; 5) ущербный, регрессивный, протекающий с бредом и галлюцинациями; 6) временные реакции при вытеснении конфликтов. Типы 1-2 соответствуют соматогенным психозам, 3 – циркулярному психозу, 4-5 – шизофрении, 6 – неврозам.

**Майер-Гросса ранние симптомы шизофрении** [Mayer-Gross W., 1938]. 1) разрыхление ассоциаций; 2) волевые расстройства – снижение активности, неадекватная импульсивность, негативизм, амбивалентность; 3) аномальные аффективные проявления – холодность чувств к близким и друзьям, чувство страха, вспышки раздражения: 4) аутохтонные иллюзии, проявляющиеся трудно обозначаемыми впечатлениями, возникающими при явлениях мистической настроенности и ложных интерпретаций: 5) кататонические симптомы, особая «сдержанность» двигательных и речевых проявлений; 6) галлюцинации, особенно слуховые. Диагностическая значимость этих симптомов значительно возрастает, когда они сочетаются с

аутизмом, отрывом от реальности и когда больной не замечает абсурдности некоторых особенностей своего поведения, не видит в них признаков болезни.

**Майер-Гросса симптом** [Mayer-Gross W., 1928]. Синестетические галлюцинации, возникающие одновременно в нескольких анализаторах. Например, больной видит движущиеся фигуры и слышит их речь, видит цветы и чувствует их запах.

См. *Галлюцинации синестетические.*

**Макроакузия** *(греч. makros* – большой, *akuo* – слушаю, слышу). Состояние, при котором звуки воспринимаются усиленными. Наблюдается при эпилепсии.

**Макрогаллюцинации** *(макро + лат. hallucinatio* – бред, видения). См. *Галлюцинации макроптические, Гулливер-галлюцинации.*

**Макрогенитосомия преждевременная** (*макро* + *лат. genitalis* – относящийся к рождению, *греч. soma* – тело). Преждевременное половое и физическое созревание. Наблюдается при патологии эндокринной системы (опухоли гипофиза, половых желез, эпифиза, коры надпочечников), органических поражениях головного мозга, в том числе и вследствие травм головы.

**Макрогирия** *(макро + анат. gyrus cerebri* – извилина большого мозга). Врожденная или приобретенная в связи с экзогенными воздействиями на заро-

дыш аномалия мозга. Характеризуется увеличением размера извилин при уменьшении их числа. Мозг при этом обычного размера или уменьшен (микроцефалия). Наблюдается умственное недоразвитие вплоть до идиотии.

**Макроглоссия** *(макро + греч. glossa* – язык). Увеличение размеров языка. Наблюдается при акромегалии, микседеме.

**Макродактилия** *(макро + греч. daktylos* – палец). Увеличение размеров пальцев при акромегалии.

**Макропсия** *(макро + греч. opsis* – зрение). Нарушение зрения, при котором все окружающие предметы кажутся пропорционально увеличенными в размерах. Наблюдается при патологии органа зрения (спазм аккомодации, поражение желтого пятна сетчатки), органических поражениях головного мозга, истерии.

Син.: мегалопия, мегалопсия.

**Макросомия** *(макро + греч. soma* – тело). Син.: гигантизм.

**Макрофония** *(макро + греч. phone* – звук, голос). Усиление громкости речи в разговоре. Наблюдается при снижении слуха, некоторых формах олигофрении.

**Макроцефалия** *(макро + греч. kephale* – голова). Чрезмерно большая голова. Аномалия развития. Истинная М. характеризуется гиперплазией мозга, его

нервных элементов; ложная более частая – разрастанием глии. Кости черепа часто утончены, порозны. Вес мозга у мужчин до 1600 г, у женщин – до 1450 г. При давлении черепа на мозг возможны судорожные припадки вплоть до эпилептического статуса.

**Макроэстезия** (*макро + греч. aisthesis* – ощущение, чувство). Нарушение тактильной чувствительности – предмет наощупь воспринимается большим, чем в действительности. Наблюдается при истерии, органических поражениях ЦНС. М. возможна и в норме при иллюзии установки.

**Малоумие.** См. *Олигофрения.*

**Малярийные психозы.** См. *Психозы малярийные.*

**Маляриотерапия.** См. *Вагнер-Яурегга метод.*

**Манерность** [Klasy J., 1922]. Симптом, проявляющийся в искусственности поведения, утрировании манер, жестов, мимики, произношения. Необычные манеры больного лишены смысла, бесполезны. Поведение отличается отсутствием простоты, странностью, вычурностью.

Наблюдается у психически здоровых и в патологии. У здоровых М. является результатом недостатков в воспитании, стремления выделиться, привлечь внимание.

Истерическая М. отличается склонностью к аффектации, всегда содержит элементы игры, театрально-

сти.

У психопатических личностей шизоидного круга М. является проявлением врожденного влечения к вычурности, желанием таким образом преодолеть робость, застенчивость.

Наиболее часто М. наблюдается при шизофрении, достигая особой выраженности при гебефренической ее форме, а также в исходных состояниях, в ремиссиях у кататоников. При шизофрении М. эмоционально выхолощенна, стереотипна, сочетается с вычурностью, витиеватостью высказываний. Происходит утрата естественной простоты и изящества движений (потеря грации, по E. Kraepelin), угасают непосредственная выразительность жестов и мимики, эмоциональной отзывчивости [Зиновьев П.М., 1931].

**Маниакальная триада.** Включает основные признаки типично протекающего маниакального или гипоманиакального синдрома: 1. Повышенное радостное настроение с усилением влечений; 2. Ускорение психических процессов (мышления и речи); 3. Психомоторное возбуждение.

**Маниакально-депрессивный психоз.** См. *Психоз маниакально-депрессивный*

**Маниакальный** *(фр. maniacal* - маниакальный). Относящийся к мании, характерный для мании.

**Маниакальный тип личности** [D.V. Zerssen, 1978].

Преморбидные особенности личности, предрасполагающие к возникновению маниакальных фаз, «гипоманиакальный темперамент». Характерны непостоянство в поступках и высказываниях, пренебрежение общепринятыми нормами поведения, условностями, богатство фантазии, склонность к ненужному риску.

**Манилова синдром** [Семке В.Я., 1988]. Вариант истерической личности, характеризующийся стремлением к бесплодному мечтательству, фантазированию, отсутствием волевой активности. Это обычно прожектеры без стремления к реализации своих идей, слабые, склонные к чрезмерному самовнушению люди, ищущие признания, проявляющие фрустрационную интолерантность. Фантазирование сочетается с интровертированностью, проявляется наедине с собой. В своих мечтах субъект видит себя в различных заманчивых ситуациях, представляет себя знаменитостью – ученым, известным актером, крупным политическим деятелем и др. Манилов – персонаж поэмы Н.В. Гоголя «Мертвые души».

Ср.: Мюнхгаузена синдром, Хлестакова синдром.

**Маниофобия.** (*греч. mania* – безумие, страсть, влечение, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заболеть психически.

**Маниоформный** (*греч. mania* – безумие, страсть, влечение, *forma* – форма, вид). Маниакальноподоб-

ный, протекающий с симптоматикой, внешне похожей на манию. Термин употребляется, например, для обозначения маниакальноподобных состояний при шизофрении и экзогенно-органических психозах.

**Манифестация болезни** *(лат. manifestatio* – обнаружение, проявление). Проявление выраженной, типичной болезненной симптоматики после ее латентного или стертого течения. Отнесение к М.б. рудиментарных повремени предвестников (типа «зарниц») представляется спорным.

**Мания** *(греч. mania* – страсть, безумие, влечение). 1. Син.: синдром маниакальный; 2. Устаревшее, историческое название психопатологических состояний, протекающих с психомоторным возбуждением; 3. Термин непрофессионально употребляется для обозначения бреда, например, мания преследования, величия. Такое использование термина является неправомерным.

**М. акинетическая** *(греч. а* – не, *kinesis* – движение). См. *М. заторможенная.*

**М. атоническая.** См. *Ступор маниакальный.*

**М. без бреда.** Маниакальный синдром, не включающий в себя бредовые идеи.

**М. Белла.** См. *Делирий острый.*

**М. веселая.** Разновидность смешанных состояний. Гипоманиакальное состояние, характеризующе-

еся повышенным жизнерадостным настроением без выраженного психомоторного возбуждения.

**М. гневливая.** Маниакальный синдром, характеризующийся раздражительностью, вспыльчивостью, склонностью к легкому возникновению конфликтов с окружающими, агрессивностью.

**М. заторможенная.** Разновидность смешанных состояний (см.). Сочетание повышенного настроения, речевого возбуждения и двигательной заторможенности вплоть до ступора. Иногда ускорение психических процессов при этом достигает степени скачки идей.

Син.: М. акинетическая.

**М. неистовая.** См. *M. furibunda.*

**М. непродуктивная.** Разновидность смешанных состояний. Повышенное настроение и двигательное возбуждение протекают без ускорения психических процессов, при скудности мыслительной продукции, однообразии и непродуктивности высказываний. Часто наблюдается при шизофрении, протекающей с маниоформной симптоматикой.

**М. онейроидная.** На высоте развития маниакального синдрома отмечаются нарушения сознания по онейроидному типу с фантастическими галлюцинаторными переживаниями.

**М. периодическая.** Маниакальные состояния возникают периодически, приступообразно, не череду-

ются с депрессивными. Относится к атипичному монополярному течению МДП или к фазным психозам.

**М. печали.** Редко наблюдающаяся форма психогенно-реактивного возникновения мании, возникающей непосредственно в связи с тяжелой психической травмой.

**М. резонерствующая.** (*фр. raisonner* – рассуждать, резонерствовать). Маниакальный, чаще гипоманиакальный, синдром с речевым возбуждением, протекающий с пустым, бесплодным мудрствованием, пространными резонерскими рассуждениями.

**М. сенильная** [Mayer-Gross W.]. Маниакальное состояние, возникающее в старческом возрасте, чаще всего – гневливая, спутанная или непродуктивная М. Деменция отсутствует.

**М. спутанная** [Bostroem A., 1926]. Маниакальный синдром, при котором ускорение психических процессов достигает большой выраженности, наблюдается бессвязность мышления и речи, нарушенное сознание, спутанность. Производит вначале впечатление острого эндогенного психоза, а затем оформляется типичный маниакальный симптомокомплекс с исходом в выздоровление или переходом в депрессию. Экзогенная вредность как бы провоцирует эндогенный психоз (при наличии циркулярной предрасположенности)

**М. транзиторная.** Преходящий непродолжительный маниакальный синдром (в течение нескольких часов или дней).

**М. тревожная.** Разновидность смешанных состояний. Психомоторное возбуждение сочетается с тревожно-депрессивным настроением.

**М. хроническая.** Гипоманиакальное состояние, длящееся годами, часто протекает с гневливостью.

Син.: хроническая гипомания [Kraepelin E.].

**M. attonita** *(лат. attonitus* – оглушенный). См. *М. заторможенная.*

**M. furibunda** *(лат. furibundus* – бешенный, неистовый). Маниакальное состояние с преобладанием резко выраженного психомоторного возбуждения с агрессивно-разрушительными тенденциями, преобладанием аффекта злобы.

**Маннкопфа феномен** [Mannkopf E.W.]. Отсутствие учащения пульса при болевом раздражении. Наблюдается при кататоническом ступоре.

Я.П. Фрумкин [1939] сопоставлял М.ф. с описанным В.М. Бехтеревым симптомом – при болевых раздражениях в кататонических ступорозных состояниях отсутствуют приливы крови к лицу при болевых раздражениях.

**Маньяна болезнь** [Magnan V., 1891]. Хронический бредовый психоз, характеризующийся специфи-

ческой сменой этапов течения – паранойяльного, параноидного, парафренного. По современным представлениям, соответствует динамике формирования параноидной шизофрении [Курашов С.В., 1955; Шумский Н.Г., 1958; Елгазина Л.М., 1958].

Син.: Маньяна хронический бред, Маньяна галлюцинаторно-бредовое помешательство.

**Маньяна лихорадочная форма белой горячки** [Magnan V., 1847]. Атипичная, злокачественно протекающая форма алкогольного делирия. Характерна высокая температура. Глубокие расстройства сознания, полная дезориентировка. Эпилептиформные проявления. У некоторых больных наблюдается ригидность мышц затылка, парезы глазных мышц, судорожное подергивание мышц лица.

Летальность, как правило, высокая. Иногда – затяжное течение с неполным выздоровлением (исход в алкогольную энцефалопатию).

**Маньяна симптомы** [Magnan V., 1883, 1885]: 1. Аритмомания, склонность к навязчивому счету. 2. Неприятные ощущения, носящие характер сенестопатий или тактильных галлюцинаций. Больные испытывают неприятные ощущения ползания под кожей насекомых и передвижения разного рода мелких предметов. Характерен для кокаинизма. 3. Ситиомания – периодически возникающая булимия. Отсут-

ствует чувство насыщения. Рассматривается как проявление латентно протекающей маниакальной фазы циркулярного психоза. Наблюдается и при грубых органических изменениях в головном мозге.

**Маразм** *(греч. marasmos* – истощение, угасание). Истощение, увядание организма с постепенным угасанием всех его функций и атрофией органов и систем. Понятие близкое к кахексии. Наиболее частые формы – М. алиментарный (См. *Дистрофия алиментарная),* психический и старческий. М. психический характеризуется полным распадом психики, утратой речи, навыков самообслуживания. М. старческий является следствием старения организма. При некоторых заболеваниях это разграничение носит условный характер (старческое слабоумие, далеко зашедший церебральный атеросклероз).

**Марбурга пентада** [Marburg O., 1936]. Совокупность симптомов, характерных для рассеянного склероза: битемпоральное побледнение дисков зрительных нервов или их атрофия, выпадение брюшных рефлексов, скандированная речь, нистагм, интенционный тремор. Включает в себя триаду Шарко.

**Мари симптом** [Marie P., 1906]. При поражении затылочных долей головного мозга возникают своеобразные расстройства восприятия и пространственной ориентировки. Больной не может разобраться в пла-

не местности, идти по намеченному маршруту.

**Маринеску–Шьёгрена синдром** [Marinesku G., 1931; Sjogren T., 1952]. Наследственное заболевание (рецессивный тип передачи), характеризующееся сочетанием спинно-мозжечковой атаксии, олигофрении с двусторонней катарактой. Мозжечковые симптомы комбинируются с пирамидными знаками. Типичны также малый рост, неподвижность взора, нистагм, конвергирующий страбизм, уродства строения черепа. Психически-умственная недостаточность.

Течение прогрессирующее, возможны абортивные варианты без прогрессирования интеллектуальной недостаточности.

**Маркиафавы–Биньями болезнь** [Marchiafava E., 1897; Bignami A., 1903]. Вариант алкогольной энцефалопатии, характеризующийся затяжным течением (от 2 до 6 лет). Постепенно развивается деменция. Эпилептиформные припадки. Изменения личности – апатия, депрессия. Иногда – периоды возбуждения. Наблюдаются слуховые и зрительные галлюцинации. Неврологически – тремор рук, дизартрия, нарушения ходьбы, арефлексия или гиперрефлексия, ослабление зрачковых реакций.

В конечной стадии – помрачение сознания, спутанность, псевдопаралич. Морфологически – образование некрозов в мозолистом теле, полостей в ткани

мозга, внутренняя водянка.

Син.: дегенерация мозолистого тела, прогрессирующая алкогольная деменция.

**Мартина–Олбрайта синдром** [Martin E., Albright F.]. Проявление нарушения утилизации тканями гормона паращитовидных желез. Характерны: гипокальциемия, гиперфосфатемия, ахондроплазия, умственное недоразвитие, судорожные тетанические приступы, развитие катаракты, дистрофия ногтей.

Син.: псевдогипопаратиреоидный синдром.

**Мартланда синдром** [Martland, 1928]. Посттравматическая энцефалопатия у боксеров. Характеризуется постепенно прогрессирующей деменцией и характеропатическими изменениями (эйфория, выраженная эмоциональная лабильность).

См. *Деменция посттравматическая.*

**Маскообразность лица.** Застывшее, окаменелое лицо с бедной мимикой, отсутствием или незначительным проявлением аффективных мимических реакций. Постоянно сохраняется одно и то же выражение лица, чаще безразличия. Наблюдается при органических поражениях нервной системы вследствие ригидности мышц или паралича, атрофии их (паркинсонизм, ажитированный паралич), нейролептическом синдроме, кататоническом ступоре.

**Массермана концепция биодинамики**

(Masserman J.H., 1955]. Разработана в рамках психоанализа, сочетающегося с идеями бихевиоризма, с целью систематизации основных их понятий и обоснований для описания широкого круга проявлений в поведении животных и человека. Основана на 4 принципах – мотивации, среды, адаптации и конфликта: 1. Все организмы приводятся в деятельность, движение физиологическими потребностями; 2. Организм реагирует на воздействие среды интерпретацией ее в индивидуальных терминах своих потребностей, специальных способностей и личного опыта; 3. При конфронтации целенаправленных действий организма с внешними препятствиями он меняет свой способ, технику достижения цели или саму цель; 4. При конфликте двух существенных, друг друга взаимоисключающих мотиваций, наступает состояние тревоги, нарушается адаптация организма, его соматическое и мышечное поведение становится амбивалентным, происходит либо нарушение подстановок (невротическое), либо дезорганизация, регрессивность и необычность, причудливость психических проявлений (психотическое). В клинической практике биодинамика нашла выражение в бихевиористской психотерапии.

**Масталгия** *(греч. mastos* – грудная железа, *algos* – боль). См. *Мастодиния.*

**Мастодиния** *(масто + греч. odine* – боль). Спонтанно возникающая боль в области грудных желез. Часто наблюдается в преклимактерическом периоде, особенно перед месячными.

**Мастурбация** *(лат. mas* – самец, *turbo* – приводить в волнение, тревожить).

Син.: онанизм.

**Матронизм** *(лат. matrona* – почтенная замужняя женщина). Преждевременная зрелость, дисгенитальный синдром у молодых девушек. Характеризуется наличием сексуальных и физических признаков, присущих зрелым женщинам (величина и форма груди, ширина плеч, таза и бедер). Выражение лица также взрослое. Менструация наступает раньше срока. Отмечаются также присущие более зрелому возрасту особенности темперамента, явления повышенной раздражительности. М. рассматривается как проявление плюригландулярной патологии эндокринной системы с преобладанием фолликулярной гиперфункции яичников и гиперкортицизма.

**Мать сверхопекающая.** Мать, доминирующая в контактах с ребенком, подавляющая его инициативу, чрезмерно заботящаяся об его одежде, предохраняющая от возможного отрицательного влияния сверстников, предполагаемых опасностей. Такая сверхопека матери рассматривается как один из факторов,

способствующих развитию шизофрении.

Син.: шизофреногенная мать.

**Мауца иктафинный диатез.** См. *Конституция иктафинная.*

**Махленомания** *(греч. machlos* – сладострастный, *mania* – страсть, безумие). Женский мазохизм.

**Маховер тест «рисунок человека»** [Machover K., 1948]. Основан на Гуденах тесте «рисунок человека». Обследуемого просят нарисовать человека, затем другого, противоположного, пола. Затем его целенаправленно расспрашивают о некоторых особенностях рисунков. Перечень вопросов различен для взрослых и детей. В оригинальном варианте интерпретация исходит из положения об идентификации обследуемым самого себя с одной из нарисованных фигур, различные части тела оцениваются в соответствии с психоаналитической символикой. Полученная информация используется для суждения об особенностях самооценки обследуемого, его представлений о теле.

**Мегалография** *(греч. megalos* – большой, увеличенный, *grapho* – изображаю). Изменение почерка, увеличение размеров букв. Наблюдается при поражении мозжечка (мозжечковая гиперметрия) и при маниакальных и маниоформных состояниях (МДП, прогрессивный паралич).

**Мегаломания** (*мегало + греч. mania* – влечение, страсть, безумие). Более употребим термин мегаломанический бред. См. *Бред величия.*

**Медуны метод** [Meduna L.J.]. Применение в терапии психических заболеваний ингаляций смеси углекислого газа с кислородом.

**Межуточное этиологическое звено** (*греч. aitia* – причина, *logos* – наука, учение) [Bonhoeffer К., 1908, 1910]. Один из факторов возникновения острых экзогенного типа реакций. Гипотетическому М.э.з. придавалась роль патогенетического момента, связующего внешнюю вредность (ноксу) с определенным регистром типовой психопатологической реакции. Этим пытались объяснить сравнительно небольшой ассортимент психопатологических синдромов при практически неограниченном множестве экзогенных факторов. По мнению А. Hoche [1930] и М.А. Гольденберга [1935], гипотеза о М.э.з. недостаточно обоснована, доказательством этого может служить тот факт, что один и тот же вредный фактор у одного и того же больного может вызывать разные тины экзогенных реакций, например, алкоголь. Острая экзогенная реакция является следствием сложного патогенетического механизма опосредования экзогений, в котором играют роль множество факторов – не только специфичность ноксы, но и ее сила, продолжительность воздействия, со-

матическая и психическая почва, на которую действует вредный фактор, преморбидные особенности организма (конституция, соматическая патология) и др.

**Мейли тест** [Meili К., 1928]. Аналитическая психометрическая методика для исследования интеллекта. Состоит из шести заданий-субтестов – установление последовательности развития сюжета по серии картинок, продление числового ряда по установленной закономерности, составление предложения по четырем словам, заполнение пробела в картинках и т.п. По результатам исследования строится «профиль» интеллекта.

**Мейна синдром** [Main Т., 1957]. Индуцированные психотические состояния, описанные автором у женского обслуживающего персонала в психиатрических стационарах. В роли индукторов выступают содержащиеся в стационаре больные, сама обстановка психиатрической больницы способствует возникновению заболевания.

См. *Бред индуцированный.*

**Меконизм** *(греч. mekon* – мак). Опиомания.

**Меланхолический раптус** *(греч. melas* – темный, черный, *chole* – желчь, *лат. raptus* – захватывание, резкое движение). Внезапный взрыв аффекта острой мучительной тоски, отчаяния с выраженными суицидальными действиями. Больной рыдает, стонет, ме-

чется, не находя места, наносит себе повреждения, совершает, попытки самоубийства. По Ю.В. Каннабиху [1931], М.р. может рассматриваться как острая вспышка ажитированной депрессии.

Син.: депрессивное возбуждение.

**Меланхолический тип.** 1. Соответствует слабому типу высшей нервной деятельности. 2. [Tellenbach H., 1961]. Конституционально обусловленные особенности личности, являющиеся признаком предрасположения к фазовой (монополярной эндогенной) депрессии – стремление к упорядоченности, серьезность, выраженное чувство долга, трудолюбие, психическая ригидность, любовь к порядку.

**Меланхолия.** 1. Син. эндогенной депрессии (циркулярной, циклоидной, инволюционной). Обычно термин применяется при значительной выраженности депрессивного состояния. 2. Обобщенное название психопатологических состояний, протекающих с пониженным настроением.

**М. инволюционная.** См. *Депрессия инволюционная.*

**М. пресенильная.** См. *Депрессия инволюционная.*

**М. пресенильная злокачественная.** См. *Депрессия пресенильная злокачественная.*

**М. фантастическая.** Депрессия с фантастическими бредовыми переживаниями. См. *Котара синдром.*

**M. attonita** *(лат. attonitus* – оглушенный). Меланхолия с резко выраженной, доходящей до ступора, заторможенностью.

**Мелиссофобия** *(греч. melissa* – пчела, *phobos* – страх). См. *Апиофобия.*

**Менеджера синдром.** Психопатологический симптомокомплекс, наблюдающийся у мужчин в возрасте 40-60 лет, главным образом занятых административной работой. Характерны астения, нарушение сна, пониженное настроение, ослабление либидо и потенции. Часто наблюдается одышка при физической нагрузке, стенокардитическая боль, склонность к инфарктам и инсультам.

Син.: администратора синдром.

**Менингеальный** *(анат. meninges* – мозговые оболочки). Относящийся к мозговым оболочкам.

**Менингизм** *(анат. meninges* – мозговые оболочки). Менингеальный синдром без патологических изменений в ликворе. Наблюдается при интоксикациях.

**Менингит** *(анат. meninges* – мозговые оболочки, *греч. -itis* – суффикс, обозначающий воспалительный процесс). Воспаление оболочек головного и (или) спинного мозга, протекает с менингеальным синдромом. Различные формы М. отличаются этиологическими моментами (туберкулезный, бруцеллезный, травматический и т.д.) и локализацией, распростра-

нением патологического процесса (базальный, метастатический, очаговый).

**Менингоэнцефалит** *(менинго + греч. enkephalos* – головной мозг, *–itis* – суффикс, обозначающий воспалительный процесс). Сочетанное воспаление оболочек и вещества головного мозга.

**Менингоэнцефаломиелит** *(анат. meninges* – мозговые оболочки, *греч. enkephalos* – головной мозг, *myelos* – спинной мозг, *–itis* – суффикс, обозначающий воспалительный процесс). Сочетанное воспаление мозговых оболочек головного и спинного мозга.

**Менкеса болезнь** [Menkes J., 1954]. Врожденное наследственное заболевание, отличающееся прогрессирующим течением и связанное с нарушением обмена аминокислот – лейцина, изолейцина и валина. В связи с недостаточностью их декарбоксилирования эти аминокислоты в значительном количестве выделяются с мочой, запах которой напоминает запах кленового сиропа. Заболевание проявляется вскоре после рождения. Без лечения больной ребенок погибает в течение первого года. Проявляется клинически приступами удушья, рвотой, повышением мышечного тонуса, опистотонусом, судорогами. На ЭЭГ – изменения по типу гипсаритмии. Если ребенок выживает, то в течение двух лет наступает выраженное слабоумие степени имбецильности или идиотии, сопровож-

дающееся эпилептиформными припадками. Патогистологически – отек мозга, губчатое перерождение, астроцитоз, нарушение миелинизации.

Тип передачи – аутосомный.

Син.: болезнь кленового сиропа, лейциноз, синдром Менкеса.

**Менопауза** *(греч. men* – месяц, *pausis* – прекращение, перерыв). Фаза климактерического периода, наступающая после последнего менструальноподобного кровотечения и характеризующаяся прекращением циклических изменении эндометрия, проявляющихся менструациями. Признак утраты генеративной функции, инволюции половой системы и всего организма.

М. может быть искусственной, вызванной каким-либо вмешательством (экстирпация матки, яичников, кастрация хирургическая или лучевая) и патологической, вследствие опухолевого поражения матки и яичников.

**Меностаз** *(мено + греч. stasis* – остановка). Син.: климакс (прекращение месячных).

**Менофобия** *(мено + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь менструаций и предстоящих в связи с ними неприятных, болевых ощущений.

**Менструации** *(лат. menstruum* – длящийся месяц). Физиологические маточные кровотечения, наступающие каждые 28 дней и продолжающиеся 4-5 дней.

Следствие циклического отторжения разрыхленной слизистой оболочки матки. Во время М. и иногда перед ними нередко отмечаются дистимические изменения настроения, раздражительность, астенические симптомы, вазовегетативная лабильность. В эти же периоды нередко обостряется или дебютирует психическое заболевание.

**Ментальный.** 1. *(лат. mens* – ум, разум). Относящийся к психике, интеллекту (например, ментальный возраст). 2. *(лат. mentum* – подбородок). Относящийся к подбородку.

**Ментизм** *(лат. mens* – ум, разум) [Chaslin P.H., 1914]. Симптом наплыва мыслей, воспоминаний, образов. Характерно непроизвольное возникновение и неподчиняемость воле. Проявление ассоциативного автоматизма.

Син.: наплыв мыслей, мантизм *(лат. mano* – течь, непроизвольно литься).

**Менцеля синдром** [Menzel P., 1891]. Сочетание атаксии и мозжечковых расстройств. Наследственная патология, выявляющаяся в молодом возрасте. Дегенеративный процесс поражает мозжечковые проводящие пути (пирамидные и оливо-мозжечковые). В некоторых случаях наблюдаются параноиды [Keddie M.E., 1969].

**Мералгия парестетическая** *(греч. meros* – бедро,

*algos* – боль). Боли и парестезии в области наружной поверхности бедер, усиливающиеся в положении стоя и при ходьбе; возникают вследствие поражения латерального кожного бедренного нерва и наблюдаются при инфекциях, интоксикациях, при беременности.

**Мерергазия** *(греч. meros* – часть, *ergasia* – работа, действие, деятельность) [Meyer A., 1908]. Обозначение парциальных расстройств поведения. М. соответствуют неврозам. См. *Майера эргазиология.*

Син.: какергазия.

**Мерсье синдром I** [Morsier G., 1938]. Пароксизмально возникающий симптомокомплекс, состоящий из сложных насильственных движений (верчение вокруг собственной оси, опистотонус, глазодвигательные кризы) и зрительных галлюцинаций (микропсии, фотопсии, лилипут-галлюцинации, изменения окраски окружающих предметов). Наблюдается при поражении левой теменной области различной этиологии (абсцессы и опухоли мозга, арахноидиты, последствия черепно-мозговой травмы), иногда выступает в роли ауры перед припадками джексоновской эпилепсии.

**Мерсье синдром II** [Morsier G., 1944]. Наблюдается при поражении промежуточного мозга различного генеза: опухолевого, травматического, интоксикацион-

ного. Проявляется психическими (снижение памяти, нарушения восприятия, зрительные и обонятельные галлюцинации) расстройствами, а также нарушениями моторики и чувствительности.

**Мерсье фронтальная триада** [Morsier G., 1954]. Симптомы, характерные для поражения конвекситатных отделов лобных долей головного мозга: фиксационная амнезия, апатия, раздражительность.

**Меряченье.** Психотические состояния, наблюдавшиеся в дореволюционное время в Восточной Сибири и проявлявшиеся в массовом возникновении (у групп людей) эхокинетических, эхомимических и эхолалических расстройств, а также автоматизированного, беспрекословного выполнения команд, приказаний при формально ясном сознании. Чаще всего М. носило характер психогенных истерических реакций и было связано с чрезмерной внушаемостью и индукцией.

**Мескалин.** Алкалоид, добываемый из высушенных верхушек мексиканского кактуса (mescal). При пероральном приеме вызывает яркие фантастические переживания – галлюцинаторно-параноидные, явления деперсонализации и дереализации. Относится к галлюциногенам.

**Месмеризм.** Распространенное во второй половине XVIII в. учение о гипнозе как о животном магнетиз-

ме. Его основоположник, австрийский врач швейцарского происхождения F.A. Mesmer [1734-1815], считал, что магниты являются передатчиками особых флюидов психического магнетизма. В дальнейшем он отказался от применения магнитов и считал, что магнетизм присущ всем живым телам. М. был одним из этапов метафизического донаучного периода в истории гипноза, однако он сыграл положительную роль в развитии гипнотической и групповой пспхотерапии.

**Мессианизм** (от *древнеевр. mesiach* – мессия, помазанник Бога). Идеи своего избранничества, особого предназначения стать жертвой во имя спасения своего народа, человечества.

Син.: бред альтруистический.

**Металлофобия** *(металл + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь металлов и металлических предметов.

**Метаморфоз сексуальный паранойяльный** *(греч. metamorphosis* – превращение, *лат. sexualis* – половой, *греч. para* – возле, рядом, *nus, noos* – ум, разум) [Krafft-Ebing R.]. Бредовая убежденность в превращении больного в лицо другого пола. Наблюдается при шизофрении.

**Метаморфопсии** *(греч. meta* – за чем-либо, *morphe* – форма, вид, *opsis* – зрение). [Weizsecker V.]. Нарушение восприятия формы и величины пред-

метов. Характеризуется искаженным зрительным восприятием различных предметов, их формы, цвета, величины, пространственного расположения, состояния покоя или движения. P. Schilder подчеркивал роль в патогенезе М. лабиринтных, или вестибулярных, расстройств. O. Potzl придавал решающее значение нарушению процесса слияния зрительных восприятий, поступающих из правого и левого глаза, их десинхронизации. Наблюдаются при экзогенно-органических заболеваниях головного мозга, чаще всего травматического и инфекционного генеза, входят в структуру синдрома Пика, особых состояний М.О. Гуревича. По М.О. Гуревичу [1949], М. относятся к психосенсорным расстройствам.

По М.И. Рыбальскому, М. являются иллюзиями, обусловленными нарушениями сенсорного синтеза (органическими иллюзиями). Различаются ауто– и экзометаморфопсии. При первых больные жалуются на изменение ощущения нормальной величины и формы частей собственного тела; они чаще наблюдаются перед засыпанием, возникают на короткое время (при эпилепсии) или длительно держатся (при сифилисе мозга, опухолях). У больных эпилепсией они могут наблюдаться во время ауры или входить в структуру пароксизмального эквивалента. При вторых отмечается искажение правильности восприятия вели-

чины, формы, соотношения частей окружающих больного реальных объектов; они так же, как и аутометаморфопсии, сочетаются с органическим психосиндромом.

**Метасимуляции** *(греч. meta* – следование за чем-либо, *лат. simulatio* – притворство). Вид симуляции. Целенаправленное воспроизведение симптомов только что перенесенного и уже закончившегося психического заболевания. Наиболее часто наблюдается после перенесенных реактивных психозов.

**Метатравматический** *(мета + греч. trauma* – ранение, телесное повреждение вследствие ранения). Обусловленный травмой, посттравматический, например, посттравматическая энцефалопатия.

**Метемпсихоз** *(греч. metempsychosis* – переселение душ). В психиатрии: бредовая убежденность в том, что больной существовал и раньше в виде других людей, животных. Близка к имевшим хождение религиозно-мистическим представлениям о перевоплощении души после смерти в другое тело – человека, животного, в растения. Ср.: бред вечного существования.

**Метод интервью** *(англ. interview).* Метод социально-психологического исследования, заключающийся в сборе первичной информации с помощью непосредственного речевого контакта. Интервью может

быть: стандартизированным, в котором употребляются заранее подготовленные формулировки вопросов; нестандартизированным, предполагающим тактическую гибкость беседы, ее изменчивость в связи с ситуацией; полустандартизированным с использованием путеводителя интервью, допускающего отклонения от запрограммированной беседы. М.и. способствует налаживанию контакта между исследователем и исследуемым. Используется и в медицинской психологии. Элементы М.и. и знание его принципов могут оказаться полезными врачу-психиатру при сборе анамнеза.

**Метод «репрессии»** *(лат. repressio* – подавлять). Вариант ЭСТ, применявшийся в некоторых странах (главным образом, в США) и заключающийся в проведении больших количеств электросудорожных сеансов (5-8 в день при общем курсе в 30-40 в течение недели), после чего развивается состояние регрессии в виде помрачения сознания, отсутствия спонтанной речи, апатии и т.д. По миновании явлений регрессии якобы должно наступать выздоровление от психоза. В настоящее время почти не используется.

**Метонимия** *(греч. metonimia* – переименование). Замена слов или выражений сходными, по не полностью эквивалентными. Наблюдается при некоторых видах расстройств речи.

**Метромания** *(греч. metros* – матка, *mania* – страсть,

влечение). Син.: нимфомания.

**Механорецепторы** *(греч. mechane* – орудие, приспособление, *лат. recipio* – брать, принимать). Рецепторы, воспринимающие механические воздействия (давление, ускорение и т.д.).

**Меяра симптом** [Mejard]. При вызывании сухожильных рефлексов, например, коленного, у больных, находящихся в кататоническом ступоре, конечность возвращается в исходное положение не сразу, а через несколько секунд.

**Мёбиуса симптом** [Mobius P.J., 1880]. Ослабление конвергенции глаз, наблюдающееся при Базедова болезни. Проявляется в невозможности сохранять сведенное положение глаз при фиксации взгляда на близко от них расположенном предмете. Вскоре один глаз (иногда оба) отходит кнаружи.

**Мигренический тип личности** [U.H. Peters, 1976]. Выделен на основании устанавливаемой в ряде случаев связи между приступами мигрени и приступами эндогенной депрессии. Мигрень обычно предшествует депрессии. В депрессивной фазе отмечаются головные боли, однако они не носят характера мигрени. Приступу мигрени сопутствует пониженное настроение. Личностные особенности сходны с таковыми при меланхолическом типе: склонность к порядку и чистоте, трудолюбие, обязательность, совестливость, пунк-

туальность, аккуратность, застенчивость, готовность прийти на помощь, доброжелательность к окружающим, склонность брать на себя основную работу.

**Мигрень** *(фр. migraine).* Приступообразная головная боль, чаще односторонняя, сопровождающаяся головокружением, тошнотой, светобоязнью. В зависимости от характера вегетативной симптоматики во время приступов различают М. ангиоспастическую и ангиопаралитическую. Основные формы М.: офтальмическая, с явлениями односторонней мерцательной скотомы; офтальмоплегическая, сопровождающаяся диплопией и птозом; мозжечковая, протекающая с преходящими мозжечковыми расстройствами координации. Имеются данные о наследственном характере М. с доминантным типом передачи. Известны описания М. в качестве ауры или эквивалентов эпилептичесих припадков.

H. Gastaut [1975] считает, что эпилепсия весьма редко сочетается с М. Об эпилепсии мигренозной можно говорить в тех случаях, когда припадки чередуются с типичными мигренозными приступами и имеют с ними общие патогенетические моменты (например, зрительные эпилептические припадки и приступы офтальмической М. при поражении затылочной области) или когда припадки возникают у людей, до того страдавших М., и являются следствием ишеми-

ческих церебральных поражений, вызванных мигренозными приступами.

**Мигрень абдоминальная.** см. *мура синдром.*

**Мидаса синдром.** Описан G.W. Bruyn и U.J. Dejong [1959]. Наблюдается у женщин в возрасте после 30 лет и характеризуется необузданным стремлением к сексуальной свободе, к смене привычных партнеров. Объясняется исчезновением у мужчин с возрастом стремления пробудить в женщине сексуальное желание, возникновением у них привычного стереотипа физической близости. В поисках новизны впечатлений, желая вновь испытать остроту сексуального влечения, женщина ищет новых партнеров. Таким образом, М.с. является проявлением сексуальной (супружеской) возрастной дисгармонии.

Назван по имени фригийского царя Мидаса (738-696 гг. до н.э.), который, согласно одной из древнегреческих легенд, выпросил у бога Диониса дар превращать в золото все, к чему он прикоснется. Жадность, жажда обогащения едва не погубили Мидаса, так как в золото превращалась даже пища. Мидас освободился от своего дара, искупавшись в реке, которая после этого стала золотоносной.

**Мидриаз** *(греч. amydros* – темный, неясный). Расширение зрачков. Может быть обусловлен параличом сфинктера зрачка или спазмом дилататора зрачка, а

также введением лекарственых средств (атропин и др.).

**Мизандрия** *(греч. misos* – ненависть, отвращение, *aner, andros* – мужчина). Патологическое отвращение женщины к мужчине. Наблюдается при женском гомосексуализме, истерии.

**Мизогамия** *(греч. misos* – ненависть, отвращение, *gamos* – брак). Патологическое отвращение к браку.

**Мизогения** *(мизо + греч. gyne* – женщина). Патологическое отвращение мужчины к женщинам.

**Мизокайнизм** *(мизо + греч. kainos* – новый). См. *Мизонеизм.*

**Мизонеизм** *(мизо + греч. neos* – новый) [Lombroso C.]. Отрицательное отношение к новому, к переменам образа жизни, к новым идеям. Первоначально термин у C. Lombroso обозначал присущую, по его мнению, большинству людей консервативность психического склада. В настоящее время в психиатрии М. понимают в клиническом смысле. Наблюдается при депрессивных состояниях, психастении, при характерологических изменениях у больных эпилепсией и церебральным атеросклерозом.

Син.: неофобия, мизокайнизм.

**Мизопедия** *(мизо + греч. pais, paidos* – ребенок) [Oppenheim H.]. Патологическая ненависть, отвращение к собственным детям, выражение садистических

тенденций у матери.

**Мизофобия** *(мизо + греч. phobos* – страх) [Beard G.M., 1880]. Навязчивая боязнь загрязнения, стремление избежать прикосновения к окружающим предметам. Характерны постоянное рассматривание кожи и слизистых оболочек, частая перемена белья, навязчивое мытье рук. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний и неврозоподобных дебютах шизофрении.

**Мийодезопсия** *(греч. miya* – муха, *лат. des* – расстройство, нарушение, *opsis* – зрение). Син.: мушки летающие.

**Микробазия** *(греч. mikros* – малый, *basis* – шаг, ходьба). Ходьба мелкими шажками, почти не отрывая ног от пола, земли. Наблюдается при некоторых органических заболеваниях головного мозга, например, при церебральном атеросклерозе.

**Микрогирия** *(микро + анат. gyrus cerebri* – извилина полушарий большого мозга). Аномалия развития головного мозга, характеризующаяся малыми размерами мозговых извилин при увеличенном их числе. Объясняется остановкой развития мозга на 6-7 месяце внутриутробной жизни. Чаще всего встречается при микроцефалии, порэнцефалии. Обычно отмечается интеллектуальное недоразвитие.

**Микрогнатия** *(микро + греч. gnatos* – нижняя че-

люсть). Аномалия черепа, недоразвитие нижней челюсти.

**Микрография** (*микро + греч. grapho* – пишу). Нарушение письма, уменьшение букв. Наблюдается при паркинсоническом синдроме, при депрессиях, иногда при кататонических состояниях, при явлениях макропсии.

**Микродактилия** (*микро + греч. daktylos* – палец). Аномалия развития. Врожденное недоразвитие, вплоть до отсутствия, одного или нескольких пальцев кисти (стопы).

**Микрокория** (*микро + греч. kore* – зрачок). Врожденная узость зрачков.

**Микромания** (*микро + греч. mania* – страсть, влечение, помешательство). Бредовые идеи самоумаления, самоуничижения. Более применимый термин – микроманический бред.

**Микропсия** (*микро + греч. opsis* – зрение). Нарушение зрения, при котором окружающие предметы воспринимаются пропорционально уменьшенными по сравнению с их реальной величиной. Наблюдается при параличе аккомодации, поражении сетчатки глаза в области желтого пятна и при экзогенно органических заболеваниях головного мозга.

**Микросомия** (*микро + греч. soma* – тело). Син.: карликовость.

**Микротелеакузия** *(микро + греч. tele* – далеко, на большом расстоянии, *akuo* – слушать). Состояние, при котором звуки воспринимаются притишенными, как бы издалека. Наблюдается при эпилепсии.

**Микротелеопсия** *(микро + греч. tele* – далеко, *opsis* – зрение) [van Bogaert L.]. Галлюцинаторные образы не только уменьшены в размерах (микропсия), но и воспринимаются отдаленными. Наблюдается преимущественно при экзогенно-органичсских заболеваниях.

**Микрофония** *(микро + греч. phone* – звук, голос). Тихий голос, следствие нарушения тонуса участвующих в фонации мышц. Наблюдается при органических поражениях головного мозга и истерии.

**Микроцефалия** *(микро + греч. kephale* – голова). Аномалия развития, проявляющаяся малыми размерами черепа и головного мозга. Возможна М. и при нормальных размерах черепа. Вес мозга микроцефалов – от 250 до 900 г. Различают М. истинную, при которой речь идет об остановке в развитии мозга, и вторичную, ложную, являющуюся следствием тяжелого заболевания мозга. Возможны и макро-, и микрогирия. М. может быть наследственной (по аутосомно-рецессивному или рецессивному, сцепленному с Х-хромосомой, типу).

**Микроэстезия** *(микро + греч. aisthesis* – чувство,

ощущение). Расстройство тактильной чувствительности – предмет наощупь воспринимается меньшим, чем в самом деле. Наблюдается при поражении зрительного бугра или постцентральной извилины головного мозга. М. возможна и в норме – при иллюзии установки.

**Микседема** *(греч. myxa* – слизь + *oidema* – отек). Резко выраженная форма гипотиреоза. Психические нарушения при М. – см. *Галля–Орда болезнь.*

**Миксеофобия** *(греч. mixos* – половой акт, совокупление, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь совершения полового акта из-за необходимости обнажить половые органы, прикасаться к телу партнера. Иногда приводит к импотенции.

**Миксоскопия** *(греч. mixos* – половой акт, *skopeo* – смотреть, наблюдать) [Moll A.]. Сексуальная перверсия – удовлетворение достигается при тайном наблюдении совокупления, совершаемого другими. Вид скопофилии.

Син.: вуайеризм.

**Мимика** *(греч. mimikos* – подражательный). Выразительные движения мышц лица, сопровождающих эмоции. Является своеобразным «языком», кодом, свидетельствующим об аффективном состоянии человека. Изучение М. имеет важное диагностическое значение в психиатрии.

**Мимоговорение.** Симптом истерических расстройств, проявляющийся ответами не по существу заданного вопроса, хотя последний доступен пониманию больного. В то же время ответ больного всегда находится в смысловой плоскости вопроса. Входит в структуру Ганзеровского синдрома, псевдодеменции.

Син.: миморечь.

**Минетт** *(фр. minette* – кошечка). Син.: куннилингвус.

**Минковского синдром** [Minkowski E., 1945]. Явления своеобразной эмоциональной анестезии вследствие длительных моральных и физических страданий у части узников нацистских концлагерей. Проявлениями его являются деструкция личности, сужение круга интересов, преобладание примитивных, инстинктивных и импульсивных реакций. См. *Концентрационных лагерей синдром.*

**Минковской глишроидия.** См. *Глишроидия, Эпилептоидная конституция, Анехетическая конституция.*

**Минковской глишроидная пропорция темперамента** [Minkowska F., 1923]. Выделение, соответственно проведенному E. Kretschmer [1922] описанию пропорций шизоидной и циклоидной конституций, пропорции темперамента для глишроидной конституции (см. *Глишроидия*. Последняя представлена противоположными полюсами: замедление, вязкость

– эксплозивные реакции. По представлениям автора, концентрация дефензивной, вязкой аффективности приводит к брадипсихии, не имеющей достаточной разрядки (стазу). Последний провоцирует эксплозивный разряд.

Син.: дефензивно-эксплозивная пропорция темперамента.

**Минора симптом** [Минор Л. С., 1929]. Локализация чувства страха у больных эпилепсией – в ноге, в руке, в языке, глазах. Это может быть либо аурой, либо эквивалентом эпилептического припадка.

**Минус-симптомы.** Выделены H.J. Jackson в соответствии с концепцией диссолюции. Генез их объяснялся снижением уровня психической функции в связи с выпадением иерархически вышерасположенных отделов. Понятие, аналогичное негативным симптомам.

**Миоз** *(греч. myosis* – уменьшение). Сужение зрачков. Может быть медикаментозным (введение пахикарпина), наблюдается при сифилитических заболеваниях головного мозга (входя в состав Аргайлла Робертсона синдрома), при поражении шейного отдела симпатического ствола (паралитический М.) вследствие спазма сфинктера зрачка (спастический М.) при менингите, рассеянном склерозе, некоторых интоксикациях.

**Миоклония** *(греч. mys* – мышца, *klonos* – беспорядочное движение). Кратковременные непроизвольные сокращения одной или нескольких мышц, проявляющиеся в покое и движении, но исчезающие во сне. Гиперкинезы бывают изолированными или протекают группами («залпами»). М. возникают при поражении любого уровня двигательных путей – от моторной коры до спинальных мотонейронов – и поэтому не обязательно должны рассматриваться как признак эпилепсии [H. Gastaut, 1975].

**Миоклонус-эпилепсия** [Unfferricht H., 1891; Lundborg H. 1903]. Семейно-наследственное заболевание, характеризующееся ранним началом, прогрессирующим течением, сочетанием миоклонических симптомов (непроизвольные короткие непрерывные клонические вздрагивания мышц) с эпилептическими припадками, нарастанием слабоумия и экстрапирамидной скованностью в исходном состоянии. Наблюдаются эндокринные расстройства.

На поздних этапах заболевания – мозжечковая атаксия. В терминальной стадии миоклонические судороги и эпилептические припадки становятся более редкими, развивается децеребрационная ригидность. Патологоанатомически – дегенеративные изменения в мозжечке, экстрапирамидной системе, периферических нервах, клетках внутренних органов. Тип переда-

чи аутосомно-рецессивный.

Син.: фамильная миоклония, прогрессирующий миоклонус, болезнь Унферрихта–Лундборга.

**Миоплегия** (парадоксальная) *(греч. mys* – мышца, *plegos* – несчастье, бедствие). Приступы внезапно наступающей резкой мышечной слабости, с исчезновением рефлексов, отсутствием зрачковых реакций. Мышцы парализуются в следующем порядке – мышцы ног, рук, туловища. Возможно вовлечение мышц глотки, жевательных. Возникают в состоянии покоя, сопровождаются вегетативными нарушениями (чувство холода, жара, гипергидроз, гиперсаливация, брадикардия). Продолжительность – от нескольких минут до нескольких дней. Возможно наступление смерти от паралича мышц сердца и дыхательных. Наблюдается при органических поражениях головного (межуточного) мозга, иногда носит характер наследственного заболевания.

**Миопсихия** (*мио + греч. psyche* – душа) [Joffroy A., 1902]. Термин, предложенный для определения особенностей психических расстройств при заболеваниях, протекающих с синдромами мышечной патологии (миоклония, миопатия, различные формы миотрофии и др.). По A. Porot [1975], это искусственно созданная группа психопатологических расстройств, лишенная нозологической специфичности.

**Миорелаксанты** (*греч. mys* – мышца, *лат. relaxus* – ослабление). Препараты, снижающие тонус скелетных мышц, уменьшающие их двигательную активность, вплоть до полной обездвиженности. Применяются при ЭСТ для профилактики осложнений (дитилин, листенон).

**Миоритмия** (*мио + греч. rythmos* – ритм). Разновидность миоклонии, при которой сокращения мышц происходят стереотипно, в определенном ритме, с постоянной локализацией. Наблюдается при эпидемическом энцефалите.

**Мира-и-Лопеца миокинетическая методика.** [Myra-y-Lopez E., 1939]. Экспериментально-психологическая методика для исследования личности, относимая к проективным методикам изучения экспрессии [Соколова Е.Т., 1980]. Базируется на принципах так называемой миокинетической диагностики, придающей относительно большое значение тонусу мимической и опорно-двигательной мускулатуры в выполнении тех или иных действий и соответствию этого тонуса особенностям эмоционально-волевого и интеллектуального состояния обследуемого. Диагностика особенностей личности связывается с характером психомоторики, с доминированием правшества или левшества. Выделены психомоторные корреляты для различных уровней тревоги и других эмоциональных со-

стояний и личностных характеристик.

**Миттенэкера–Томана личностный тест** [Mittenecker E., Toman V., 1951]. Близок к MMPI. Содержит 120 вопросов, относящихся к личностной сфере. Из них 94 относятся к интересам. Основные темы: самокритичность, социальные взаимоотношения, экстраверсия и интроверсия, нейротизм, маниакальность, депрессивность, шизоидность, параноияльность, вегетативная стабильность, любовь к природе, интерес к рукоделию, научные интересы, человек в обществе и экономике, администрирование, прикладное искусство, интерес к музыке и литературе, социальное призвание.

**Мифомания** *(греч. mytkos* – миф, вымысел, *mania* – страсть, безумие). [Dupre E., 1905]. Патологическая лживость, обусловленная, по автору, психопатическими особенностями личности, мифоманической конституцией. Последняя соответствует современным представлениям об истероидной конституции. При этом важную роль играют истерические механизмы – желание выделиться, показать свое значение. Понятие, близкое к псевдологии. Разновидность фантазий истерических (см.).

**Михаэлиса синдром** [Michaelis, 1969]. Наблюдается при патологии промежуточного мозга и включает в себя явления депрессии, повышенной сонливости и

прожорливости либо мании, осложненной дисфориями и параноидными эпизодами.

**Мишень-симптомы** [Freyhan F.A., 1957]. Понятие, введенное в связи с психофармакологическими исследованиями. Речь идет о психопатологических симптомах, на которые как бы нацеливается тот или иной препарат. Анализ его эффективности учитывает, таким образом, направленность этого средства не на болезнь или синдром, а на определенный симптом.

Советскими психиатрами указывается на ограниченность положения F.A. Freyhan о мишень-симптомах, игнорирующего нозологическую принадлежность психоза, и отмечается необходимость рассматривать симптом в единстве с остальной структурой психоза, его патогенеза и патокинеза [Рохлин Л.Л., 1977].

**Мнемоника** *(греч. mnemonika* – искусство запоминания). Система приемов для облегчения запоминания с помощью специально образуемых ассоциаций (по сходству, смысловых и т.п.). Приемы М. целесообразно использовать в психотерапевтической работе при нерезко выраженном снижении памяти (начальный церебральный атеросклероз, невротические состояния, протекающие с ухудшением запоминания из-за ослабленного внимания и т.п.).

**Мнительность.** Личностное свойство, склонность к

тревожным опасениям по различным поводам, значение которых часто переоценивается. Может быть результатом астенизации, невротического состояния, но часто является свойством конституциональным. Так, С.А. Суханов [1905] выделял тревожно-мнительный характер в рамках психастенической конституции. Способствует проявлениям ипохондричности. Значительно усиливается при депрессиях (см. *Ананкастическая депрессия).*

**Могилалия** *(греч. mogis* – с трудом, *lalia* – речь). Разновидность заикания, при которой затруднено произношение отдельных слогов.

**Мозг большой.** Часть головного мозга, состоящая из полушарий, соединенных посредством мозолистого тела, свода и передней спайки.

**Мозг головной** *(анат. cerebrum).* Орган ЦНС, расположенный в полости черепа, регулирующий взаимоотношения организма с окружающей средой, управляя поведенческими реакциями, функцию различных органов и систем.

**Мозг задний** *(анат. metencephalon).* Отдел головного мозга между продолговатым и средним. Состоит из моста и мозжечка.

**Мозг конечный** *(анат. telencephalon).* Наиболее крупный отдел переднего мозга, включающий большой и обонятельный мозг.

**Мозг межуточный** *(анат. diencephalon).* Отдел переднего мозга под мозолистым телом, связывает полушария с мозговым стволом.

Син.: мозг промежуточный.

**Мозг обонятельный** *(анат. rhinencephalon).* Часть конечного мозга, включает переднюю долю, поясную, парагиппокампальную и зубчатую извилины.

**Мозг передний** *(анат. prosencephalon).* Отдел головного мозга, развивающийся из переднего мозгового пузыря. Состоит из конечного и межуточного мозга.

**Мозг продолговатый** *(анат. medulla oblongate).* Отдел головного мозга, переходящий в спинной мозг.

**Мозг промежуточный.** См. *Мозг межуточный.*

**Мозг ромбовидный** *(анат. rhombencephalon).* Отдел головного мозга, развивающийся из заднего мозгового пузыря. Состоит из заднего и продолговатого мозга.

**Мозг средний** *(анат. mesencephalon).* Отдел головного мозга, образующийся из среднего мозгового пузыря. Включает в себя пластинку крыши (четверохолмие) и ножки большого мозга.

**Мозговые оболочки** *(анат. meninges).* Соединительнотканные оболочки головного и спинного мозга – мягкая, прилегающая непосредственно к мозгу; паутинная, расположенная между мягкой и твердой; твердая, наружная.

**Моли феномен** [Moelli K.]. Сохранение воспоминаний о наиболее ярких переживаниях, чаще всего – галлюцинаторных, имевших место во время эпизодического состояния нарушенного сознания. Наблюдается после сумеречных расстройств сознания, играющих роль эквивалента эпилептического припадка, особенно при их литическом разрешении, и в этих случаях является одним из факторов, способствующих резидуальному бредообразованию.

Син.: островное припоминание.

**Моноидеизм** *(греч. monos* – один, *idea* – мысль, образ, представление). Доминирование в сознании больного какого-либо одного представления, идеи. См. *Идеи навязчивые, сверхценные, бредовые.*

**Мономании** *(греч. monos* – один, *mania* – страсть, безумие) [Esquirol J.E.D., 1838]. Психозы, содержание которых ограничивается в основном какой-то одной психопатологической категорией. Так, различались М. интеллектуальная, бредовая, аффективная, инстинктивная (бред отсутствует, но влечения носят непреодолимый характер), убийства.

**Мононевроз.** См. *Неврозы моносимптоматические.*

**Моноплегия** *(моно + греч. plegos* – удар, бедствие). Паралич одной конечности, наблюдается при корковой локализации поражения.

**Монополярность** *(моно + лат. polus* – полюс). Характеристика течения психических процессов, обладающих полярно противоположной симптоматикой, но ограничивающегося лишь одним из этих симтомокомплексов. Например, монополярное течение аффективных психозов обозначает их проявление одними лишь депрессивными или маниакальными фазами, в отличие от биполярного, при котором эти фазы чередуются.

**Моносексуальный** (*моно* + *лат. sexus* – пол). Син.: гомосексуальный.

**Монофагия** *(моно* + *греч. phagein* – есть). Употребление какого-либо одного вида пищи. Наблюдается при шизофрении, особенно протекающей с ипохондрическим синдромом или психической анорексией, а также при других формах психической анорексии.

**Монофазный** *(моно* + *греч. phasis* – проявление). Син.: монополярный.

**Монофобия** *(моно* + *греч. phobos* – страх). 1. Навязчивый страх, боязнь остаться в одиночестве. 2. Единственный вид фобии, несочетающейся с другими.

**Монро тест диагностики чтения** [Monroe M., 1930]. Психологическая методика для диагностики факторов, играющих роль в индивидуальной способности к чтению (не учитываются расстройства чтения

в связи с интеллектуальной недостаточностью). Состоит из 9 субтестов, частично зрительных, частично слуховых. Исследуются сенсорный аспект и механизмы чтения и письма. Применяется в предшкольном возрасте.

**Моральное помешательство** *(англ. moral insanity)* [Prichard J.C., 1835]. Одно из первых описаний психопатии.

Син.: моральная имбецильность, моральная идиотия.

**Морвана синдром** [Morvan A.M., 1890]. Особая форма миоклонии, характеризующаяся фибриллярными мышечными волнообразными судорогами (главным образом мышц голеней и икроножных). В психическом состоянии – явления депрессии (иногда отмечаются суицидальные мысли, чувство страха, бессонница, ипохондрическая симптоматика). Вегетативные расстройства – потливость, эритема кожи, ускоренный пульс. Чаще всего возникает в связи с нейроинфекцией.

Син.: хорея Морвана, фибриллярная хорея.

**Морганьи–Стюарта–Мореля синдром** [Morgagni G.B., 1719; Stewart R.M., 1928; Morel F., 1930]. Характеризуется внутренним лобным гиперостозом, ожирением, вирилизмом и гирсутизмом, расстройствами сна, нарушением равновесия, головной болью,

эпилептиформными припадками, расстройствами углеводного обмена (в ряде случаев – сахарный диабет). Часто у таких больных обнаруживаются трофические язвы голеней. Проявление органической патологии гипофизарно-диэнцефальной системы.

Син.: метаболическая краниопатия, внутренний лобный гиперостеоз, нейроэндокринная краниопатия.

**Мореля болезнь** [Morel F., 1939]. Форма алкогольной энцефалопатии, развивается при длительном «винном алкоголизме». Начало с тяжелой картины делирия. С редукцией делириозных расстройств появляются и быстро прогрессируют явления псевдопаралича, мышечная ригидность, апрактические расстройства. Наблюдаются также астазия-абазия, сухожильная гиперрефлексия, парезы и параличи конечностей, дизартрия, птоз, нистагм, страбизм, ослабление реакции зрачков на свет, недержание мочи и кала. Патологоанатомически – симметричные очаги спонгиоза и глиоза наружной пирамидальной пластинки (III клеточного слоя) коры лобных долей головного мозга.

Син.: алкогольный ламинарный склероз коры головного мозга, Мореля синдром.

**Мореля-Лавайе болезнь** [Morel-Lavallee, 1911]. Патологическое пристрастие больного к инъекциям. При этом больному совершенно безразлично, какой

медикамент ему вводится.

Син.: кентомания.

**Морено метод психодрамы** [Moreno J.L., 1921]. Психотерапевтический метод, основанный на аффективном отреагировании (катарсисе). Больной принимает участие в разыгрывании драматических отрывков или сценической импровизации, сюжетная линия которых созвучна психотравмирующей ситуации. В интерпретации М.м.п. за рубежом значительную роль играют психоаналитические концепции. Вслед за «психодрамой» Морено развил положение о «социодраме», призванной якобы разрешать социальные конфликты.

**Морита терапия** [Morita S., 1919]. Специфически японский психотерапевтический метод, основанный на принципах дзен-буддизма. Применяется при лечении неврастении. Обязательно длительное пребывание в больнице, в течение первой недели – в затемненном помещении, в условиях изоляции. Больной должен сам справляться со своими болезненными переживаниями, ощущениями, встающими перед ним проблемами.

Затем в течение 40-60 дней в больничный режим вводятся элементы легкой занятости, трудовой терапии. По и в это время обязательна изоляция больного от родных и друзей, не допускается обсуждение

им своих симптомов с окружающими. Цель – перестройка личности путем самосозерцания, самопогружения. В дальнейшем подключается групповая психотерапия.

**Мория** *(греч. moria* – глупость) [Bruns L., Jastrowitz P., 1888]. Патологически повышенное настроение в сочетании с двигательным возбуждением, беспечностью, дурашливостью, склонностью к грубым шуткам, каламбурам. Характерны также расторможенность влечений, эйфория, склонность к аморальным поступкам. По P. Jastrowitz, определялась как «слабоумие со своеобразно веселым возбуждением». Более точное определение было дано H. Oppenheim [1898] – «страсть к остротам». Наблюдается при поражении базально-лобных отделов головного мозга. Мориоподобная симптоматика описана при патологии субдоминантного полушария большого мозга. М. может сменять обусловленный поражением конвекситатной поверхности лобных долей апатико-абулический синдром или предшествовать ему.

Понятие, аналогичное синдрому расторможения [Welt L., 1887].

Син.: Брунса–Ястровица синдром.

**Морон** *(греч. moros* – глупый, недалекий). Выраженный дебил.

**Морфинизм.** Разновидность опийной наркомании.

Морфий – природный алкалоид, добываемый из мака, является наркотическим аналгетиком. По отношению к нему в организме довольно быстро формируется психическая и физическая зависимость. М. получил распространение в годы I мировой войны из-за широкого назначения морфия врачами для обезболиввания. Имеются данные о роли в возникновении М. психопатической конституции. Абстинентный синдром формируется относительно быстро и тяжело протекает. В течение М. происходят изменения личности (заострение преморбидных черт и морально-этическое снижение), типично психопатоподобное асоциальное поведение. На заключительных этапах – выраженная психическая деградация и физический маразм.

**Морфинофобия** *(лат. morphinum* – морфий, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь стать морфинистом.

**Морфодисплазии** *(греч. morphe* – вид, форма, *dys* – нарушение функции, *plasis* – формирование, образование) [Robert J., 1974; Laurent J.L., 1974]. Вариант эмбриопатии, для которого характерны пороки развития органов, в то время как гистодисплазиям присущи пороки развития тканей. М. возникают в результате экзогенных патологических воздействий и в связи с генетическими изменениями плода. Играют важную

роль в формировании олигофрений. Соматические проявления олигофрений эмбрионального генеза отражают стадию развития, в которой реализовалась внешнесредовая или генетическая вредность [Блюмина М. Г., 1978].

**Мотивация** *(англ. motive* – повод, мотив, побуждение). Мотивы, побуждающие к деятельности, вызывающие активность организма, определяющие ее направленность. По психологическим критериям различают 3 класса мотивирующих факторов: 1. Потребности и инстинкты как источники психической активности; 2. Мотивы, определяющие направленность поведения, деятельности; 3. Эмоции, субъективные переживания (стремления, желания и т.п.) и установки, осуществляющие регуляцию поведения. В формировании деятельности человека участвуют одновременно несколько мотивов, из которых один является ведущим, а остальные – подчиненными, второстепенными, которые могут играть роль в дополнительной ее стимуляции. Ведущие мотивы определяют субъективный личностный смысл деятельности человека. Одновременное сосуществование в деятельности нескольких мотивов характеризуется сложными взаимоотношениями между ними – антагонистическими и синергическими. От мотивов существенно отличается мотивировка – объяснение своих действий, по-

ступков. Мотивировка может не совпадать с мотивами и даже целенаправленно искажать их. Различают М. низшую (безусловную, биологическую, первичную) и высшую (социальную, идеальную, сложную). Первая обусловлена вещественными предметами, соответствующими элементарным потребностям человека, вторая – социальными факторами.

**Мудрствование навязчивое.** Навязчивое рассуждательство по поводу банальных, надуманных, часто неразрешимых вопросов, сопоставление предположительных альтернативных поступков, попытки оценить возможные последствия в действительности не совершенных больным действий. Иногда М.н. носит характер своеобразного наплыва навязчивых мыслей-вопросов, которые W. Jahrreiss [1928] определял как навязчивую скачку идей в форме вопросов. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, особенно при его длительном неблагоприятном течении, определяющемся психастенической почвой. Иногда этот термин применяется для определения сходных внешне клинических феноменов в рамках шизофренического резонерства, однако такое его употребление представляется неправомерным из-за совершенно различной их психопатологической и патопсихологической структуры. Мудрствование больных шизофренией В.С. Гуськов [1965], следуя W. Griesinger, в

отличие от навязчивого называет патологическим, болезненным, однако и этот термин представляется не совсем удачным, так как М.н. также является симптомом патологическим.

**Музыкальная эпилепсия** [Мержеевский И.П., 1884]. Форма рефлекторной эпилепсии, характеризующаяся музыкогенными припадками. Характерна звуковая аура, полиморфный характер припадков. Наблюдается при диффузных органических поражениях головного мозга с преимущественно височной, чаще двусторонней локализацией [Hoff H., 1956; Weber R., 1956; Piotrowski A., 1959; Горник В.М., 1964]. Современное название – музыкогенная эпилепсия [Gastaut H., 1973].

Син.: музыколепсия, синдром Критчли [Kritchley, 1937].

**Музыкотерапия.** Использование музыки с лечебными целями, чаще всего в сочетании с другими видами психотерапии. Отмечается положительное влияние музыки при депрессивных состояниях – улучшается настроение, оказывается тонизирующее влияние. Музыка при этом не должна быть чрезмерно веселой, мажорной, так как это по контрасту может ухудшить психическое состояние больного. Музыка способствует улучшению контакта с больным, если она соответствует его эмоциональному состоянию. Так,

например, при депрессии показана только минорная, элегическая музыка и лишь через несколько сеансов, после установления «музыкального контакта», возможен переход к музыке мажорной тональности. Разработаны методики индивидуальной и групповой активной музыкотерапии и сочетания музыки с аутогенной тренировкой [Брусиловский Л.С., 1979].

**Мукополисахаридозы.** Группа наследственных заболеваний соединительной ткани, характеризующихся сочетанным поражением опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, глаз и нервной системы. Основа патогенеза – нарушения обмена мукополисахаридов, обнаруживаемые по увеличению их экскреции с мочой и отложению в различных органах и тканях. По клинико-морфологическим, биохимическим и генетическим особенностям различают 9 типов М. К М. относятся гаргоилизм (Гурлер болезнь), Санфилиппо синдром, Моркио синдром и др.

**Мутизм** *(лат. mutus* – немой). Нарушение волевой сферы, проявляющееся отсутствием ответной и спонтанной речи при сохранении способности разговаривать и понимать обращенную к больному речь.

М. наблюдается: при кататонической шизофрении в связи с негативизмом (в зависимости от формы негативизма говорят об активном и пассивном М.); при истерии (проявляется на фоне утрированной жи-

вости мимики, аффективно демонстрируемой тенденции желания разговора, но невозможности его осуществить, стремления проводить речевой контакт в письменной форме, театрального подчеркивания психогенных моментов; при органических поражениях головного мозга (см. *М. акинетический)* при психических нарушениях у детей (см. *М. элективный*.

**М. акинетический** (*греч. а* – не, *kinesis* – движение) [Cairns H., Oldfield R.C., Pennybacker J.P., Whiteridge D., 1941]. Синдром, в котором на первый план выступает торможение всех двигательных функций, включая речь, жестикуляцию, мимику. Отсутствуют спонтанная речь и движения, приказания выполняются в замедленном темпе. При этом отмечается ясное сознание, нет сонливости, больные фиксируют взглядом показываемые им предметы. Продолжительность – от нескольких дней до нескольких месяцев, по выходе возможна амнезия. Синдром лишен нозологической специфичности и наблюдается как при органических поражениях головного мозга (опухоли в области III желудочка, гемангиомы мезенцефальной локализации, тромбоз базилярной артерии, энцефалиты, огнестрельные раны лобных отделов головного мозга), так и при нарколепсии, шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, истерии.

Син.: акинетические состояния [Grotjahn, 1939], ис-

тинная акинезия [Bostroem A., 1936].

**М. хореатический.** Затруднение речи в связи с нарушениями деятельности речевого аппарата, гиперкинезами мышц гортани. Наблюдается при ревматической хорее.

**М. элективный** (*лат. electivus* – избирательный) [Krammer M., 1934]. Невротический симптом, наблюдающийся в детском возрасте, чаще в возрасте 3 лет или с начала учебы в школе, и проявляющийся в избирательности контакта с окружающими. Чаще всего больной ребенок поддерживает контакт со всеми членами семьи, кроме одного. Речь и интеллект не нарушены. Длительность заболевания от нескольких месяцев до двух лет. Тенденция к самопроизвольному излечению. Эффективна психотерапия.

Син.: селективный мутизм [Hasselman, 1973].

**Мура синдром** [Moore M.T., 1944]. Приступы недостаточно локализуемой боли в животе, которым нередко предшествует аура («своеобразные ощущения»), тошнота, рвота, бледность, потливость. Во время приступов – судороги мышц брюшной стенки, после приступа – астения. Периодически – нарушения поведения. На ЭЭГ – явления дизритмии. Наблюдается при опухолевом и посттравматическом поражении лобно-височных отделов головного мозга.

Син.: абдоминальная мигрень.

**Мускаринизм** *(лат. muscarinum* – мускарии). Токсикомания, пристрастие к приему сушенных мухоморов, содержащих мускарин.

**Мучник–Смирнова двойной тест памяти** [Мучник Л.С., Смирнов В.М., 1969]. Экспериментально-психологическая методика, направленная на изучение кратковременной памяти – непосредственной и оперативной – по сравнению результатов заучивания ряда увеличивающихся знаков и другого ряда, в котором обследуемый должен запоминать результаты сложения пар однозначных чисел.

**Мысли внушенные.** См. *Мысли сделанные.*

**Мысли контрастные.** Вид навязчивых мыслей, отличающихся своим несоответствием реальной ситуации, которая исключает их осуществление.

**Мысли навязчивые.** Разновидность навязчивых состояний (обсессий). Возникают вопреки желанию больного, воспринимаются им как болезненные, ненужные, вызывающие противодействие. В силу невозможности подавить их отражаются на настроении больного, депримируя его.

**Мысли отнятые.** Переживание отчуждения мыслей больного, исчезающих как бы под воздействием извне из его сознания и заменяемых другими, внушенными. Симптом в структуре Кандинского–Клерамбо синдрома.

**Мысли сделанные.** Чуждые больному мысли, результат внешнего воздействия, часто появляются, как бы замещая мысли отнятые. Симптом в структуре Кандинского–Клерамбо синдрома.

Син.: галлюцинации психические, Кальбаума абстрактные галлюцинациии, Кальбаума апперцептивные галлюцинации, мысли внушенные.

**Мысли суицидальные.** Мысли о самоубийстве, входящие в структуру сверхценного или бредового синдрома. М.с. могут быть и у психически здоровых в связи с представляющейся безвыходной ситуацией.

**Мысли убегающие.** Проявление нарушения целенаправленности мыслительной деятельности, скачки идей. Наблюдается при маниакальных состояниях.

**Мысли хульные.** Мысли, противоречащие морально-этическим свойствам личности, представлениям больного об идеалах, мировоззрению, отношению к близким и т.п. В силу этого крайне тягостно переживаются, депримируют больного.

**Мышление.** Опосредованное – основанное на раскрытии связей, отношений, опосредований – и обобщенное познание объективной реальности [Рубинштейн С.Л., 1940]. М. – это отображение существенных связей и отношений между объектами действительности. Мыслительное отображение специфично в силу его обобщенности и опосредованности, что

позволяет М. выйти за рамки непосредственно данного. М. является высшей формой познавательной деятельности человека, оно включает в себя синтез и анализ, обобщение и отвлечение, способность к абстрагированию и выделению конкретных признаков, различение существенного и несущественного. Познавательная деятельность протекает на двух уровнях психического отражения: первый – это те связи и отношения, обобщения, опосредования, которые доступны чувственному познанию; второй связан с проникновением в причинно-следственные зависимости, не лежащие на поверхности, недоступные чувственному. Таковы уровни образа и мысли, между которыми есть свои переходные звенья.

Специфические симптомы и синдромы расстройства мышления определяются клинически и патопсихологически; их квалификация играет важную роль в дифференциальной диагностике психических нарушении.

**М. абстрактное.** М., оперирующее сложными отвлеченными понятиями и умозаключениями, позволяющее мысленно вычленить и превратить в самостоятельный объект рассмотрения отдельные стороны, свойства или состояния предмета, явления. Такое вычлененное и самостоятельное свойство является абстракцией, лежащей в основе процессов

обобщения и образования понятий. Выделение содержательных, обладающих относительной самостоятельностью, абстракций соответствует теоретическому М., способному к созданию рационалистических схем, тогда как формальные абстракции вычленяют свойства предмета, не существующие сами по себе и независимо от него, и соответствуют эмпирическому уровню М.

**М. амбивалентное** *(лат. ambi* – с обеих сторон, *valens* – сильный). Характеризуется одновременным сосуществованием взаимоисключающих, противоположных тенденций, противоречащих друг другу мыслей. В основе его лежит выделенная E. Bleuler [1911] амбивалентность (см.).

**М. архаическое** оперирует устаревшими понятиями и представлениями, свойственными человеку на давних этапах развития и нередко связанными с древними мифами. Широко включает в себя суждения, основанные на предрассудках и заблуждениях. Примером М.а. являются архаические формы бреда (см.).

**М. атактическое** *(греч. ataxia* – беспорядок, отсутствие координации) [Останков П.А., 1927]. Определение характерных для шизофрении расстройств мышления. Характеризуется паралогическими построениями. Речь больных лишена смыслового значения

и недоступна пониманию окружающих, при внешне правильном ее грамматическом построении. Больные часто употребляют неологизмы, количество которых может быть столь значительно, что их речь носит характер неоглоссии. Большинством исследователей атактическое мышление понимается как шизофреническая разорванность мышления, однако Ф.И. Случевский [1976] считает эти понятия неравнозначными и, наряду с атактическим мышлением, выделяет в разорванности синдром шизофазии.

**М. аутистическое** *(греч. autos* – сам). Патологическое мышление, протекающее по законам аутистической логики (см. *Аутизм),* когда суждения обусловлены преимущественно миром внутренних переживаний больного, его эмоциями и установками и недостаточно соотносятся с реальностью, оторваны от действительности.

Син.: М. дереистическое *(лат. de* – устранение, отрицание чего-либо, *res* – вещь).

**М. бессвязное** характеризуется потерей способности образования ассоциаций, фрагментарностью. Отдельные образы, восприятия, понятия не связываются между собой. Невозможно образование даже наиболее простых, механических ассоциаций по сходству и смежности во времени и пространстве. Грубо нарушена целенаправленность мышления. Происхо-

дит утрата мыслительной задачи, М. не отражает реальную окружающую действительность. Высокая истощаемость психических процессов. Речь состоит из хаотического набора слов, обрывков предложений. М.б. наблюдается при острых экзогенных психозах.

Син.: астеническая, адинамическая ассоциативная атаксия [Осипов В.П., 1923], астеническая спутанность [Случевский Ф.И., 1975], М. инкогеррентное.

**М. вязкое.** Одна из форм инертного М. Харктеризуется обстоятельностью, склонностью к детализации, неумением отделить основное от второстепенного, тугоподвижностью, невозможностью выйти из определенного круга представлений и переключиться на что-то другое. М.в. отличается ригидностью, недостаточной лабильностью. Сочетается с общей прогрессирующей олигофазией. Наиболее типично для эпилептического слабоумия.

**М. голотимическое.** См. *М. голотимное.*

**М. голотимное.** *(греч. golos* – весь, целиком, *thymos* – чувство, настроение). М., обусловленное доминирующим аффективным фоном, например, манией или депрессией.

Син.: Блейлера голотимное (голотимическое) мышление.

**М. дереистическое.** См. *М. артистическое.*

**М. двойное.** Разновидность разорванности М.

Больной как бы отстранение воспринимает собственные мысли, отчуждаясь от них. Проявление психического автоматизма.

**М. замедленное.** Характеризуется замедлением темпа течения мыслительных процессов, уменьшением количества идей, представлений, малой подвижностью. Происходит как бы застревание на одной мысли (моноидеизм). Страдает направленность М. – больному трудно довести рассуждения до конца. Часто сочетается с другими проявлениями брадипсихизма, проявляющимися в особенностях речи, моторики, аффективных реакций. Наблюдается при депрессивных состояниях, но и вне связи с аффективными гипотимическими явлениями может быть при постэнцефалитическом паркинсонизме (при поражении подкорковых образований лобных отделов и ствола Мозга) и при шизофрении, сочетаясь с мутизмом и эмоционально-волевыми изменениями, бедностью побуждений.

Син.: М. заторможенное.

**М. заторможенное.** См. *М. замедленное.*

**М. инертное.** Группа синдромов расстройств мышления, основной признак которых – недостаточная подвижность психических процессов. К М.и. относятся М. вязкое, М. персевераторное и М. со стереотипиями.

**М. инкогеррентное.** См. *М. бессвязное.*

**М. кататимическое.** См. *М. кататимное.*

**М. кататимное** *(греч. katathymeo* – падать духом, унывать). М., обусловленное наличием аффективно заряженных комплексов представлений (см. *Кататимия, Бред кататимический).* Наблюдается при параноических развитиях.

Син.: Майера кататимное (кататимическое) мышление.

**М. конкретное.** М., оперирующее конкретными понятиями. Патологическим является в тех случаях, когда вся мыслительная деятельность определяется, ограничивается образованием конкретных понятий, суждений, не являющихся этапом на пути к М. абстрактному. В этих случаях говорят о недостаточности уровня протекания мыслительной деятельности, слабоумии.

**М. магическое.** Разновидность М. архаического. Характерны фантазии, суеверные представления о каких-то сверхестественных магических силах.

**М. насильственное** характеризуется непроизвольным возникновением в сознании больного чуждых ему по содержанию мыслей. Наблюдается при синдроме Кандинского–Клерамбо.

**М. образное** оперирует наглядными чувственными представлениями.

**М. обстоятельное.** См. *М. вязкое.*

**М. паралогическое** (*греч. paralogos* – противный разуму, неразумный). М., дефектное в своих предпосылках, доказательствах, иногда в причинных соотношениях. Характерна «кривая логика» при хороших интеллектуально-мнестических данных. Патологическая склонность к паралогизмам. Паралогизм – неправильное, ложное рассуждение, логическая ошибка в умозаключении, происшедшая непреднамеренно и являющаяся следствием нарушений законов и правил логики [Кондаков Н.И., 1975]. М.п. у психически больных объясняется в соответствии с законом партиципации идентификацией двух объектов мышления при частичном совпадении их признаков [Domarus E., 1923, 1924, 1927; Заимов К., 1973, 1981, 1988]. Наблюдается при шизофрении, параноических развитиях.

**М. персевераторное.** Разновидность М. инертного. Характеризуется склонностью к застреванию в сознании больного каких-либо мыслей, представлений, образов, слов или фраз, вне зависимости от изменения ситуации и нарушения цели деятельности. При этом ослаблена цель мыслительной деятельности. Наблюдается в рамках грубой органической патологии головного мозга (при выраженном церебральном атеросклерозе, старческом слабоумии, болезни

Альцгеймера, болезни Пика).

**М. примитивное.** М., оперирующее примитивными, конкретными суждениями при недоступности обобщения, абстрагирования, бедное логическими операциями. Наблюдается при олигофрении.

**М. разорванное.** Рассматривается как наиболее выраженное расстройство мышления при шизофрении. Проявляется неправильным, необычно-парадоксальным сочетанием представлений. Отдельные понятия вне всякой логической связи нанизываются друг на друга, мысли текут вразброд. Сопровождается разорванностью речи – семантической диссоциацией при известной синтаксической сохранности. При резкой степени выраженности разорванности страдает и грамматический строй речи («словесный салат», «словесная окрошка»). По Б.В. Зейгарник [1962], разорванность является крайней степенью разноплановости – суждения больного о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях, как бы в разных руслах. Характерен симптом монолога – речевая неистощимость при отсутствии потребности в собеседнике.

**М. резонёрское** *(фр. raisonner* – рассуждать). Характеризуется склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных формальных аналогиях рассуждениям. Проявляется в неадекватном ре-

альной ситуации мудрствовании, многословности и банальности суждений. Цель мыслительной деятельности отодвигается на задний план, а на передний выдвигается тенденция к рассуждательству.

При шизофрении резонерство обусловлено присущими заболеванию особенностями личностно-мотивационной сферы. Наблюдается оно также при эпилепсии, олигофрении и ряде органических заболеваний головного мозга, где чаще всего носит характер компенсаторного и протекает на фоне интеллектуальной недостаточности.

**М. символическое.** М., оперирующее сложными символами образов и понятий, личностно значимых для больного, но нередко недоступными для окружающих. Отличается неповторимым своеобразием и отражает аутистическую позицию больного. В понимании М.с. придается значение характерному для больных шизофренией сосуществованию прямого и переносного смысла понятий в мыслительных процессах [Попов Е.А., 1949].

**М. скачкообразное.** М., характеризующееся значительно выраженной неустойчивостью внимания, нестабильностью установок и постоянным изменением цели мыслительных процессов. Наблюдается как при функциональной психической патологии (маниакальная фаза МДП со скачкой идей), так и при неко-

торых органических поражениях головного мозга (хорея Гентингтона).

**М. со стереотипиями.** М., протекающее со склонностью к повторению одних и тех же актов психической деятельности. Мыслительная деятельность больного утрачивает всякий смысл, не связана с решением какой-либо задачи. Стереотипии не связаны с предшествовавшей психической деятельностью, чужды прежним мыслительным заданиям; они существуют длительно и не изменяются под влиянием специально создаваемого врачом в беседе с больным переключения модуса его деятельности.

Наблюдается при органических поражениях головного мозга (например, стоячие обороты и симптом грамофонной пластинки при болезни Пика) и при шизофрении, главным образом, кататонической (вербигерация).

**М. ускоренное.** Характеризуется нарушениями динамики мыслительных процессов, лабильностью суждений. Отмечается быстрое, ускоренное течение ассоциаций, поверхностность суждений, обычно малая умственная продуктивность. Типичны явления недостаточности внимания; при их значительной выраженности наблюдается М. скачкообразное. Крайне резкое ускорение мышления – вихревая маниакальная спутанность. В силу ускоренности течения ассоциаций

происходит легкая утрата объекта рассуждения.

Наблюдается при маниакальной стадии МДП, а также при маниоформных состояниях шизофренического и экзогенно-органического происхождения.

**М. фабулирующее** (*лат. fabula* – повествование, история). Характеризуется отсутствием адекватной действительности фабулы, присущим нормальному мышлению последовательным развитием событий, рассказами о вымышленных событиях, выдумками. Правильнее говорить о конфабулирующем М. Наблюдается при органических поражениях головного мозга, протекающих как с заместительными, так и с непродуктивными конфабуляциями (пресбиофрения, болезнь Альцгеймера), при истерии (в структуре истерических фантазмов), при бредоподобных фантазиях, являющихся одной из форм психогенных реакций, при парафренных синдромах шизофренического и инволюционного генеза.

**М. фантазирующее** [Varendonck L., 1922]. Состояние «грез наяву», возникающее в периоды мечтательной рассеянности. Направленность мышления определяется аффективноокрашенными воспоминаниями и желаниями. Характерна скачкообразность мышления. Протекает в форме допущений и возражений, вопросов и ответов. Наблюдаются включения, близкие к галлюцинаторным, типа иллюзий и галлюцинаций

воображения. Такого рода состояния непроизвольного мышления протекают при постоянно меняющемся уровне сознания.

**М. шизофреническое.** Обобщающее понятие, включающее в себя все присущие шизофрении виды расстройств мышления (аутистическое, амбивалентное, резонерское, паралогическое и т.д.).

**М. Януса** (Янус в мифологии древних римлян бог времени, начала и конца, входов и выходов, изображался с двумя лицами, обращенными в противоположные стороны). Сосуществование одновременно противоположных и противоречащих друг другу мыслей, понятий, образов. Понятие неоднородное, может быть отнесено к шизофрении (амбивалентность мышления), неврозам (см. *Невротическая антитеза).* По A. Rothenberg [1971], характерно для творческого мышления.

**М-эхо.** Основной показатель эхоэнцефалоскопии, ультразвуковой сигнал, отраженный от медиальных структур мозга. При объемных процессах в головном мозге величина М-эха будет больше в пораженном полушарии, при атрофических – меньше (при условии асимметричности поражения).

**Мюнхгаузена синдром.** Описан английским хирургом M. Asher [1951]. Характеризуется чрезмерно драматическими и неправдоподобными жалобами на

мнимые соматические заболевания органов брюшной полости, геморрагии, обмороки, припадки, параличи, кожные заболевания. Характерна внутренняя убежденность в правоте своих вымыслов, стремление привлечь к себе внимание. Вариант почти насильственной тяги к псевдологии и фантазированию [Семке В.Я., 1988]. Характерно отсутствие какой-либо практической пользы для больного демонстрируемого им заболевания. Нередко при этом наблюдается тенденция к самоповреждениям для инсценировки болезненного состояния. Многим больным такого рода многократно производятся полостные операции. Отмечаются личностные особенности таких больных – стремление путешествовать, склонность к употреблению наркотических средств и медикаментов. Частое пребывание в психиатрических больницах и тюрьмах. По мнению большинства исследователей, этот синдром характерен для истероидных психопатов. Психопатологически может расцениваться как проявление нозофилии. Назван по имени героя книги Ф. Распе «Приключения барона Мюнхгаузена, знаменитого вруна и фантазера».

Ср.: Манилова синдром, Хлестакова синдром.

**Мюррея–Морган тематический апперцептивный тест** [Murrey H.A., Morgan C.D., 1935]. Проективный метод для исследования, особенностей лично-

сти. Обследуемому показывают черно-белые рисунки с незавершенным сюжетом и эмоциональным подтекстом, позволяющие дать неоднозначное истолкование изображенных на них ситуаций. Анализируя составленные больным рассказы, обращают внимание на недостаточное выделение им эмоционального подтекста, перенесение в сюжет рассказа собственных переживаний, на позицию обследуемого и т.д. Теоретическая основа теста (персонология Мюррея) является эклектической, однако сам метод дает клиническому психологу материал, представляющий интерес при его адекватной квалификации.

**Мясищева теория психологии отношений** [Мясищев В.Н., 1949, 1953, 1960]. Одна из наиболее плодотворных теорий психологии личности. Рассматривает отношения как характерный структурный компонент личности, в котором реализуется многообразие отношений человека и действительности. Отношения формируются в процессе деятельности человека. Они различаются по своей эмоциональной значимости и социальной ценности. В отличие от представлений экзистенциалистов и психоаналитиков об интерперсональных отношениях, отношения по В.Н. Мясищеву носят сознательный, приобретенный в результате опыта характер. Уровень отношений в известной мере характеризует развитие личности, на-

ряду с уровнем интеллекта и способностей.

М.т.п.о. лежит в основе научной и практической разработки ряда актуальных проблем советской психотерапии и реабилитации психически больных [Зачепицкий Р.А., Кабанов М.М., Либих С.С.].

См. также *Личности структура по Мясищеву.*

**Мясищева–Яковлевой–Зачепицкого патогенетическая психотерапия** [Мясищев В.Н., Яковлева Е.К., Зачепицкий Р.А., 1965]. Психотерапевтический метод, направленный на выявление патогенеза болезни. Выясняются обстоятельства жизни больного и характер психотравмирующих факторов, с больным обсуждаются психотравмирующие обстоятельства, которые привели к возникновению заболевания. Особое внимание уделяется характерологическим особенностям больного, сыгравшим важную роль в его повышенной чувствительности к патогенным воздействиям. Психотерапия ориентируется на необходимость изменения сложившейся у больного неправильной системы отношений личности. Близка к каузальной психотерапии [Свядощ А.М., 1971].

# Н

**Наблюдательная палата.** Специальная палата в отделении психиатрической больницы для содержания больных, нуждающихся в надзоре из-за суицидных и гомицидных тенденций, требующих особого ухода, например, в связи с отказом от еды или по своему соматическому состоянию. В Н.п., как правило, имеется круглосуточный санитарский пост.

**Навык.** Автоматизированное действие, сформированное путем многократного повторения, воспроизводимое без поэлементной сознательной регуляции и контроля. Н. проявляется в восприятии, интеллектуальной деятельности и в двигательной сфере. Утрата Н. – признак серьезного заболевания головного мозга, чаще всего органического генеза; так, при болезни Альцгеймера она предшествует проявлению апрактичсских расстройств. Возможность формирования Н. в процессе обучения является важнейшим критерием степени выраженности олигофрении.

**Навязчивость.** См. *Навязчивые состояния.*

**Навязчивые действия.** Труднопреодолимое стремление совершать определенные действия или движения. Отличаются большим разнообразием (стремлением часто мыть руки, читать все подряд

вывески на улице на своем пути, произносить бранные слова). Нередко они сочетаются с навязчивыми мыслями и страхами (обсессивно-компульсивный синдром). На почве навязчивых страхов в ряде случаев возникают своеобразные навязчивые обрядности, назначение которых – предотвратить грозящее несчастье, уничтожить страх (навязчивый ритуал). Понимая нелепость ритуальных действий, больной с их помощью стремится добиться разрядки присущего фобиям мучительного аффекта. Ритуалы могут отрываться от реальной картины страхов и носить символический характер. Есть основания рассматривать их как своеобразный механизм психологической защиты [Блейхер В.М., Завилянская Л.И., Завилянский И.Я., 1978]. Навязчивые ритуалы могут быть достаточно сложными: так, при навязчивом стремлении к педантичности больной превращает свою жизнь в расписанную от утреннего вставания и завершая вечерним туалетом («ритуал спальни»). Такие ритуалы утрачивают свое защитное значение и становятся самостоятельными навязчивыми состояниями, еще более тягостными для больных, чем породившие их фобии.

**Навязчивые представления.** Непреодолимо возникающие и очень яркие представления, воспоминания, настолько овладевающие сознанием больного, что принимаются им вопреки сознанию за реальные.

Несмотря на понимание болезненного происхождения Н.п. больные нередко прибегают к разного рода проверкам. Так, больной во власти Н.п. о том, что покидая работу, он не выключил электрокипятильник и возник пожар, будучи в отпуске, ищет указаний об этом событии в газетах, и, наконец, прерывая лечение в санатории, возвращается в свой город, прямо с вокзала, устремляясь на работу. Отличаются большим постоянством, часто в них находят отражение психотравмирующие факторы.

**Навязчивые припоминания.** Разновидность навязчивых состояний, проявляющаяся непреодолимым влечением вспоминать, часто без надобности, чьи-то имена, даты, названия городов и т.д. Нередко это воспоминания о каком-либо неприятном для больного или порочащем его событии из прошлого; в этих случаях Н.п. окрашены в отрицательный аффективный тон, крайне тягостны.

**Навязчивые сомнения.** См. *Сомнения патологические.*

**Навязчивые состояния.** Психопатологические явления, характеризующиеся тем, что определенные содержания многократно возникают в сознании больного, сопровождаясь тягостным чувством принудительности [Зиновьев П.М., 1931]. Для Н.с. характерно непроизвольное, даже вопреки воле, возникновение

навязчивостей при ясном сознании. Хотя навязчивости чужды, посторонни по отношению к психике больного, но освободиться от них больной не в состоянии. Они тесно связаны с эмоциональной сферой, сопровождаются депрессивными эмоциями, чувством тревоги. Будучи симптомообразованиями, по С.Л. Суханову [1912], «паразитическими», они не влияют па течение интеллектуальной деятельности в целом, остаются чуждыми мышлению, не приводят к снижению его уровня, хотя ухудшают работоспособность и продуктивность умственной деятельности больного. На всем протяжении болезни к навязчивостям сохраняется критическое отношение.

Н.с. условно делятся на навязчивости в интеллектуально-аффективной (фобии) и двигательной (компульсии) сферах, но чаще всего в структуре навязчивостей соединяются несколько их видов. Выделение навязчивостей отвлеченных, аффективно индифферентных, безразличных по своему содержанию, например, аритмомании, редко бывает оправданным; анализ психогенеза невроза нередко позволяет увидеть в основе навязчивого счета выраженную аффективную подоплеку. Наряду с навязчивостями элементарными, связь которых с психогенной очевидна, существуют криптогенные, когда причина возникновения болезненных переживаний скрыта [Свядощ А.М.,

1959].

Н.с. наблюдаются, главным образом, при неврозе навязчивых состояний и психастении. Для последней характерны навязчивые патологические опасения. Кроме того, Н.с. встречаются в рамках неврозоподобных состояний при вялотекущей шизофрении, эндогенных депрессиях (См. *Ананкастическая депрессия*, эпилепсии, последствиях черепно-мозговой травмы, соматических заболеваниях, главным образом, ипохондрически-фобический или нозофобический синдром.

**Навязчивые страхи.** Разновидность навязчивых состояний, проявляющаяся интенсивными и непреодолимыми страхами. В структуре навязчивости преобладает аффект тревоги. Н.с. всегда сопровождаются выраженной вегетодистонической симптоматикой (бледность лица, дрожание тела и конечностей, потливость, тахикардия).

Содержанием Н.с. может быть любое явление повседневной жизни, даже такое, о котором больной знает понаслышке. Чаще всего наблюдается при неврозе навязчивых состояний и неврозоподобных состояниях, например, при шизофрении. Возникновению Н.с. и их фиксации способствуют тревожно-мнительные черты характера. Выделяют Н.с. элементарные, ограниченные отдельным конкретным событием

или явлением, и сложные, примером которых может служить всеохватывающая панфобия.

Н.с. исключительно разнообразны. По G. Langfeldt [1951], они делятся на 4 группы: 1. Н.с. особых ситуаций и общения (акрофобия, агорафобия, антропофобия и др.); 2. Н.с. опасности окружающего мира (айхмофобия, нозофобия, зоофобия); 3. Н.с. дисфункции того или иного внутреннего органа или системы (эритрофобия, дефекациофобия); 4. Н.с. совершения насилия но отношению к самому себе или кому-нибудь другому (суицидофобия, гомицидофобия).

Син.: фобии *(греч. phobos* – страх).

**Наплыв мыслей.** См. *Ментизм.*

**Направленность личности.** Один из важных компонентов структуры личности (См. *Личности структура по Рубинштейну*. Представлена установками, интересами, потребностями, создающими мотивационную обусловленность деятельности человека, его поведения в соответствии с конкретными жизненными целями.

**Напряженность.** Состояние тревожного ожидания, возникающее при остром психическом расстройстве, обычно при наличии бреда, галлюцинаций, нарушенного сознания. Характеризуется малой доступностью больных, их готовностью к агрессивно-разрушительным действиям. В зависимости от причинных факто-

ров различают Н. аффективную (эмоциональную) и бредовую.

**Наркоанализ** *(греч. narkosis* – оцепенение, *analysis* – разложение, расщепление). Метод исследования психически больных, чаще всего находящихся в состоянии кататонического и реактивного ступора, с помощью вызывания кратковременного (рауш) наркотического состояния.

**Наркогипноз** *(нарко + гипноз).* См. *Телешевской методика наркогипноза.*

**Наркокатарзис** *(нарко + греч. katharsis* – очищение, освобождение). Методика психотерапии, при которой катартическос внушение (См. *Катарзис* проводится в состоянии наркотического сна. Больному напоминают о психогенно-травматических событиях и дают возможность проявиться эмоциональной реакции, либо же прямо внушают, что он получит возможность перенестись в обстановку, вызвавшую болезнь.

**Нарколепсия** *(нарко + греч. lepsis* – приступ) [Gelineau J.B.E., 1880]. Симптомокомплекс, характеризующийся приступами сонливости и каталептическими припадками. Нарколептические припадки возникают при любых обстоятельствах. Нередко падения мышечного тонуса возникают рефлекторно – в связи со смехом, испугом, резким звуковым раздражителем. Характерны нарушения естественного чередо-

вания сна и бодрствования. Иногда – гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации. Сопутствуют эндокринные расстройства.

Может быть самостоятельным заболеванием (эссенциальная нарколепсия), а может наблюдаться при органических заболеваниях головного мозга различной этиологии (менингоэнцефалиты, опухоли или сифилис головного мозга и т.п.) с локализацией поражения в диэнцефальной области.

Син.: гипнолепсия, нарколептическая болезнь, генуинная нарколепсия, болезнь Желино.

**Наркологическая служба.** Сеть специализированных учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую, медико-социальную и медико-юридическую помощь больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Включает наркологические кабинеты при поликлиниках общемедицинской сети, психоневрологических диспансерах, медико-санитарных частях промышленных предприятий, наркологические диспансеры и отделения при психиатрических больницах, наркологические больницы, дневные стационары.

**Наркология** *(греч. narke* – оцепенение, помрачение сознания, *logos* – наука, учение). Медицинская наука, выделившаяся из психиатрии, изучающая этиопатогенез, клинику, лечение и профилактику алкого-

лизма, наркоманий и токсикоманий.

**Наркомания** (*нарко + греч. mania* – страсть, влечение, безумие). Общее название ряда заболеваний, характеризующихся непреодолимым влечением к употреблению в возрастающих дозах наркотиков в связи с возникающей по отношению к ним психической и физической зависимостью. При прекращении приема наркотиков возникают явления абстиненции, что является объективным признаком Н. Течение более катастрофическое, чем при алкоголизме. Значительно быстрее появляются и прогрессируют явления личностной деградации и упадка деятельности внутренних органов. Виды Н. различаются в соответствии с основным принимаемым больным наркотиком. Часто наблюдается полинаркомания.

Син.: наркотизм.

**Наркосинтез** (*нарко + греч. synthesis* – соединение). Катартическая психотерапия, проводимая в состоянии гипнотического или наркотического сна.

**Наркотики** (*греч. narkotikos* – приводящий к оцепенению, усыплению). Общее название наркотических средств, лекарственных и нелекарственных, способных вызвать наркоманию. Выделение Н. определяется критериями: 1. медицинским (специфическое стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т.д. действие на ЦНС, приводящее к его немедицин-

скому применению); 2. социальным (это немедицинское применение приобретает социальное значение); 3. юридическим (средство специальной инстанцией признано наркотическим и включено в список наркотических средств).

**Наркотическое вещество.** Вещество, обладающее наркотическим действием, но не являющееся лекарственным препаратом, в том числе и сырьем для изготовления лекарственных средств. Перечень Н.в. официально регламентирован особыми списками.

**Наркоэлектрошок.** Вариант ЭСТ, при котором судорожный припадок вызывается после предварительного введения наркотического вещества (гексенал, пентотал). Судорожный припадок протекает мягче, меньшей становится опасность осложнений (переломов, вывихов, растяжений связок). После сеанса – глубокий сон с последующей полной амнезией. В настоящее время не используется, так как барбитураты повышают судорожный порог, что может привести к остановке дыхания.

**Нарциссизм** (в греч. мифологии *Нарцисс,* увидя свое отражение в воде, влюбился в самого себя): 1. Разновидность сексуальной перверсии, при которой человек относится к собственному телу как объекту эротического интереса. Половое удовлетворение достигается созерцанием собственного обнаженного те-

ла, особенно половых органов, иногда в сопровождении мастурбации. Син: аутомоносексуализм, аутофилия, аутоэротизм. 2. В психоанализе – часть либидо, сосредоточенная на «Я» (нарцистическое либидо). Выделяется нарцистическая фаза нормальной детской сексуальности, первичный Н., который с возрастом сосредоточивается на «Я» и служит основой самолюбия. Н. фаза в развитии либидо следует за фаллической и продолжается до начала полового созревания.

**«Насильственная» нормализация электроэнцефалограммы.** См. *Форсированная нормализация электроэнцефалограммы.*

**Насильственные движения.** Непроизвольно возникающие вне связи с ситуацией излишние движения – гиперкинезы. Наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга, поражающих стриарную систему (хвостатое ядро, путамен), в том числе и при нейролептическом синдроме. Наиболее типичные проявления – хореатический гиперкинез, атетоз, торзионный спазм.

**Насильственные явления.** Психические расстройства в виде непроизвольно возникающих непреодолимых мыслей, движений, поступков (См. *Насильственный плач, Насильственный смех, Насильственные движения, Синдром насильственных мыс-*

*лей и действий).* Наблюдаются при органических поражениях головного мозга.

**Насильственный плач.** Непроизвольный плач, возникающий вне связи с ситуацией и эмоциональным состоянием больного. Наблюдается при органических поражениях головного мозга в структуре псевдобульбарного паралича вследствие расторможения зрительных бугров. В связи с двусторонней патологией пирамидных (корково-ядерных) путей наблюдаются также явления дизартрии, нарушения глотания, центральные парезы, патологические рефлексы.

**Насильственный смех.** Непроизвольный смех, возникающий вне связи с ситуацией и эмоциональным состоянием больного. Топика поражения и сопутствующая симптоматика – см. *Насильственный плач.*

**Наследственность.** Способность живого организма передавать потомству признаки и особенности своего развития. Обеспечивает преемственность ряда поколений по их морфологической, физиологической и биохимической организации. Играет важную роль в этиологии эндогенных психозов, хотя при этом не исключается роль и средовых факторов, влияния социальной микросреды [Вартанян М.Е., 1983]. При этом ведущую роль играют наследственные детерминанты, однако немалое значение представляет выявление и идентификация систематических средовых

факторов общесемейного характера, оцениваемых в их взаимодействии с генотипом. Средовые факторы способствуют выявлению психоза [Юдин Т.И., 1936]. Это играет важную роль в генетическом консультировании, так как знание средовых факторов способствует выделению групп повышенного риска и помогает проводить работу по нивелированию значимых средовых факторов, тем самым предотвращая манифестацию психического заболевания.

**Настроение.** Суммарная характеристика эмоционального состояния человека в определенный период. В некоторых случаях термин употребляется для характеристики доминирующего для данной личности типа аффективности. Н. может быть ровным (эйтимическим), повышенным (гипертимическим), пониженным (гипотимическим), тревожным и т.д. Общим фоном настроения во многом определяется протекание ряда психических процессов, в том числе и мышления (см. *Голотимия, Мышление голотимное*.

**Настроение бредовое.** Измененное эмоциональное состояние с чувством тревоги, растерянности, неопределенным беспредметным страхом, предчувствием возможной опасности. Предшествует кристаллизации бреда (см.). Понятие адекватно треме, по K. Conrad [1958], характеризующейся предчувствием неотвратимо надвигающейся угрозы, страхом и чув-

ством измененности самого больного и окружающей его действительности (См. *Бреда шизофренического образование по Конраду*.

**Настроение шизофреническое основное.** Характеризует эмоциональное состояние в процессе манифестации шизофренического процесса. Проявляется чувством неудовольствия, нарастающими аутистическими изменениями, отгороженностью, обособлением от окружающего мира, явлениями деперсонализации и, нередко, дереализации, утратой естественных аффективных реакций на происходящие вокруг больного события.

**Неадекватность** *(лат. adaequatus* – приравненный). Несоответствие отдельных психических проявлений внешним обстоятельствам, ситуации, например, эмоциональная неадекватность при шизофрении, См. также *Аффекта неопределенный тип* (иногда эта Н. достигает такой степени, что определяется как парадоксальная эмоциональность).

Син.: инадекватность.

**Невина синдром** [Nevin S., 1960]. Органическая патология головного мозга неясного генеза, развивающаяся в возрасте 50-70 лет. Характеризуется прогрессирующими расстройствами зрения, вплоть до полной слепоты, расстройствами речи, деменцией. Отмечаются мозжечковые симптомы, припадки типа

миоклонус-эпилепсии.

Гистологически – атрофия мозговых клеток с образованием губчатоподобных структур в глие.

**Невменяемость.** Неспособность лица отдавать себе отчет в своих действиях или управлять ими вследствие психического заболевания или временного расстройства психической деятельности (юридические и медицинские критерии вменяемости). Устанавливается решением специальной судебно-психиатрической комиссии по назначению судебно-следственных органов. Лицо, признанное невменяемым, освобождается от уголовной ответственности по решению суда и направляется в зависимости от квалификации психической патологии на принудительное лечение или лечение на общих основаниях в психиатрическую больницу.

**Неврастения.** См. *Невроз астенический.*

**Н. авитаминозная.** Астеническое состояние, возникающее при авитаминозах. Правильно: астения авитаминозная.

**Н. интоксикационная.** Астения интоксикационная.

**Н. органическая.** Астеническое неврозоподобное состояние при органических поражениях головного мозга. Отнесение к неврастении неправомерно. Правильно: астения органическая, церебрастения.

**Н. паралитическая.** Астения в начальной стадии

прогрессивного паралича. Правильно: астения паралитическая.

Син.: астения сифилитическая.

**Н. сосудистая.** Астеническое неврозоподобное состояние, наблюдающееся в клинике сосудистых заболеваний (церебрального атеросклероза, гипертонической болезни).

**Неврит зрительного нерва.** Воспаление зрительного нерва – гиперемия и выбухание его соска, расширены артерии, очаги кровоизлияний. Снижение остроты зрения. Офтальмологический симптом ряда экзогенно-органических поражений ЦНС (инфекционного и интоксикационного генеза, вследствие нарушения обмена веществ).

**Неврозоподобные состояния** *(греч. neuron* – нерв, –*osis* – суффикс, обозначающий болезнь). Психопатологические состояния, но своим клиническим проявлениям напоминающие неврозы, однако их симптоматика обусловлена не психогенией, а эндо– или соматогенными факторами. В то же время в генезе Н.с. психогенная травма также может играть патогенную роль дополнительного фактора, но она не является ведущим этиологическим моментом. Специфика Н.с. определяется отсутствием в основе болезни невротического конфликта (См. *Конфликты невротические)* и обнаружением признаков, типич-

ных для основного страдания и нередко маскируемых неврозоподобной симптоматикой, например, характерных для шизофрении изменений мышления и аффективно-личностной сферы или симптомов органической церебральной патологии). И при неврозах и при Н.с. возможно сочетание психо– и физиоге-ных факторов, однако соотношения между ними в этих двух группах болезней иные. Н.с. рассматриваются как своеобразный синдром дезадаптации организма, обусловленный эндогенными, соматогенными или экзогенными факторами [Матвеев В.Ф., 1979]. Они наблюдаются при шизофрении, МДП, эпилепсии, последствиях черепно-мозговой травмы, в постэнцефалитических состояниях, при соматических заболеваниях. Клиническая специфика Н.с. во многом определяется особенностями основного заболевания, а также преморбидными особенностями личности.

Син.: псевдоневрозы.

**Неврозы** *(греч. neuron* – нерв, *–osis* – суффикс, обозначающий болезнь). Термин введен W. Cullen [1776]. Психогенные (как правило, конфликтогенные) нервно-психические расстройства, заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений [Карвасарский

Б.Д., 1980]. Для них характерны: обратимость патологических нарушений, независимо от их длительности; психогенная природа заболевания, которая определяется существованием связи между клинической картиной Н., особенностями системы отношений, присущей личности больного, и патогенной конфликтной ситуации (см. *Конфликты невротические*; специфичность клинических проявлений, состоящая в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств. Критерии диагностики Н. сформулированы А.М. Вейном [1982]: 1) наличие психотравмирующей ситуации (психогения должна быть индивидуально значимой и тесно связанной с дебютом и течением заболевания); 2) наличие невротических особенностей личности и недостаточности психологической защиты; 3) выявление характерного типа невротического конфликта; 4) выявление невротических симптомов, характеризующихся большой динамичностью и взаимосвязанных с уровнем напряжения психологического конфликта.

При всем многообразии выделения различных форм невротических синдромов общепризнанным остается признание трех классических форм Н. в качестве основных – неврастении (астенического Н.), истерического Н. и Н. навязчивых состояний. В.В. Ковалев [1976] дополнил статический принцип класси-

фикации Н. характеристикой их динамики, выделив в ней стадии невротической реакции, невротического состояния и невротического развития.

**Н. анагапический** *(греч. an* – отрицание, *agape* – вечеря любви во имя Бога, то есть совместная трапеза близких по духу людей) [Levy-Bianchini, 1953]. Невротические состояния, развивающиеся у одиноких, покинутых людей и рассматриваемые либо как следствие травм детского или юношеского возраста (третирование, грубое обращение – физическое или моральное), либо как результат односторонней чрезмерно сильной привязанности к родителям или замещающим их лицам. Не имеет специфической клинической картины, характеризуется обширной гаммой невротических реакций вплоть до антисоциальных тенденций и поступков [Porot A., 1965].

**Н. актуальный.** Невротические проявления наблюдаются только во время воздействия вызвавших его, то есть не утративших актуальности, факторов. Термин применяется в психоанализе. В генезе Н.а. психоаналитики значительную роль придают сексуальным факторам, в том числе сексуальным расстройствам «текущего дня», инфантильным, детским переживаниям. К Н.а. S. Freud относил и неврастению и невроз страха.

**Н. астенический.** Клиническая картина определя-

ется доминированием астении. Возникает в связи с продолжительно воздействующей психогенией или длительным недосыпанием, умственным либо физическим переутомлением, психотравматическим воздействием, опасной для жизни ситуацией. Характерна раздражительная слабость, повышенная возбудимость и легкая истощаемость. Быстрое появление и нестойкость эмоциональных реакций. Агрипния. Часто – гипотимия.

Син.: неврастения *(греч. neuron* – нерв, *a* – отрицание, *sthenos* – сила) [Beard G.M., 1869, 1880, van Deusen E.H., 1869], болезнь Бирда, американская болезнь, американское нервное истощение.

**Н. аффективно-шоковый.** См. *Н. испуга.*

**Н. военного времени.** Неврозы, преимущественно истерические, возникающие в военное время, особенно в районе боевых действий. Более сложной оказывается диагностика Н. при наличии нетяжелой травмы головы. См. *Н. травматические.*

**Н. декомпенсации** [Foelkel H., 1963]. Неврозоподобные состояния, выявляющиеся в начальных стадиях органических заболеваний головного мозга. Так, например, неврозоподобное состояние может быть первым симптомом опухоли головного мозга.

**Н. депрессивный.** Характеризуется психогенно обусловленным выраженным снижением настроения

в сочетании с астеническими симптомами. В советской психиатрии большинство исследователей относят Н.д. к неврастении, однако зарубежные авторы [Storing G., 1938; Weitbrecht H.J., 1952; Muller-Hegemann D., 1967 и др.] рассматривают его как самостоятельную форму, вошел он и в Международную статистическую классификацию 9-го пересмотра. Часть случаев, квалифицируемых как Н.д., при дальнейшем наблюдении оказываются стертыми, атипичными формами эндогенной депрессии (См. *Депрессия невротическая, Депрессия латентная).* Важную роль играет длительная психотравмирующая ситуация. Дифференциальную диагностику Н.д. от легких форм эндогенной депрессии облегчает различная реакция на транквилизаторы и антидепрессанты; первые эффективны при Н.д., вторые – при эндогенной депрессии [Свядощ А.М., 1982].

**Н. детские.** Н., наблюдающиеся в детском возрасте. Отличаются своеобразием. Незавершенность, рудиментарность симптоматики, преобладание сомато-вегетативных и двигательных расстройств, отсутствие личностного переживания болезни, глубокой внутренней переработки объясняют преобладание у детей моносимптомных Н. и относительную редкость общих Н., наблюдающихся лишь начиная с 10-12-летнего возраста [Ковалев В.В., 1979]. К моносимптома-

тическим Н.д. относятся невротическое заикание, тики, расстройства сна, аппетита (психическая анорексия), невротические энурез и энкопрез, патологические привычные действия (сосание пальца, кусание ногтей, онанизм, трихотилломания, яктация).

**Н. двигательный.** Проявляется главным образом двигательными расстройствами – заиканием, функциональными судорогами, тремором, психогенными обратимыми параличами. Сборное понятие, включающее в себя другие формы Н. (логоневроз, Н. истерический и т.д.).

Син.: Н. кинетический, мотилитетневроз.

**Н. желания и опасения** [Leonhard К., 1963]. Различаются по их психогенезу. При первых речь идет о желательности заболевания (истерические неврозы), при вторых – невротическое развитие возникает в связи с опасениями (невроз навязчивых состояниях, логоневроз заикания).

**Н. инфантильный.** Н., симптоматика которого в облегченной форме проявлялась уже в детском возрасте, что позволяет психоаналитикам видеть и в их генезе роль либидонозных моментов. Не смешивать с неврозами детского возраста.

**Н. информационный** [Хананашвили М.М., 1974]. Форма патологии высшей нервной деятельности, возникающей вследствие длительной работы мозга в

условиях неблагоприятного сочетания таких факторов, как необходимость обработки и усвоения большого объема информации, постоянного дефицита отведенного на эту работу времени и высокого уровня мотивации, то есть высокой значимости информации. Существенное значение придается влиянию на развитие болезни таких (вторичных) факторов, как индивидуальные особенности высшей нервной деятельности, генетическое предрасположение, астенизация организма, интеркуррентные соматические заболевания. Автором не выделена сколько-нибудь специфическая клиническая картина информационных неврозов, поэтому более правомерно рассматривать концепцию информационных неврозов как одно из звеньев патогенеза неврозов, выделенное при рассмотрении проблемы с позиций теории информации и учения о высшей нервной деятельности.

**Н. ипохондрический.** Характеризуется преобладанием в клинической картине тревожных опасений по поводу своего здоровья при отсутствии объективных для этого оснований. Чаще всего возникает у тревожно-мнительных или астеничных людей, у акцентуированных и психопатических личностей. Часты алгические и сенестопатические симптомы, всевозможные варианты нозофобий, кардиофобии, канцерофобии. Ипохондрии с выраженными навязчивыми стра-

хами А.М. Свядощ [1982] относит к Н. навязчивых состояний, а те, в основе которых лежит «бегство в болезнь», механизм условной приятности или желательности болезненного симптома, – к истерическим Н.

**Н. испуга.** Вызывается сверхсильными раздражителями, угрожающей жизни ситуацией, может возникнуть при виде неожиданной гибели близкого человека. Роль играет не физическая мощность раздражителя, а психологически-личностная значимость психической травмы. Чаще наблюдается у лиц со слабым типом нервной системы и с недостаточной подвижностью психических процессов. Психогения, как правило, является чрезвычайно сильной, внезапной, кратковременной, одномоментно действующей. Форма Н. страха.

Син.: Н. аффективно-шоковый.

**Н. истерический.** Невротическое состояние, вызванное действием психической травмы, в патогенезе которого играет роль механизм «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности болезненного симптома» [Свядощ А.М., 1982]. В основе истерии, по И.П. Павлову [1932], лежит слабость нервной системы, главным образом коры головного мозга, преобладание подкорковой деятельности над корковой и первой сигнальной системы над второй. Ха-

рактерны большое разнообразие клинических проявлений, роль в их возникновении внушения и самовнушения, повышенная эмотивность. Психогенная травма, вызывающая Н.и., характеризуется меньшей интенсивностью, чем, например, при шоковых психических реакциях, но большей продолжительностью воздействия.

**Н. кардиофобический.** *(греч. kardia* – сердце, *phobos* – страх). Н., характеризующийся преобладанием в клинической картине навязчивых страхов, связанных с опасениями тяжелого заболевания сердца, смерти от его внезапной остановки и т.д. См. *Кардиофобия, Н. ипохондрический, Н. навязчивых состояний.*

**Н. компульсивный.** См. *Н. навязчивых состояний, Компульсии.*

**Н. моносимптоматические** [Сухарева Г.Е., 1959]. Формы неврозов, наблюдающиеся преимущественно у детей, особенно в переходные возрастные периоды. В клинической картине доминирует один синдром, остальная симтоматика выражена нерезко. Различаются моносимптоматические неврозы с вегетативно-соматическими расстройствами – неврозы органов (психогенная анорексия, привычная рвота); моносимптоматические неврозы с речевыми расстройствами – логоневрозы; моносимптоматические невро-

зы с преимущественно двигательными расстройствами – тики; психогенные реакции протеста; изменение характера ребенка под влиянием неблагоприятных условий воспитания; патологические реакции в переходные возрастные периоды.

**Н. навязчивых состояний.** Характеризуется преобладанием в клинической картине навязчивых состояний – воспоминаний, воспроизводящих психогенно-травматическую ситуацию, мыслей, страхов, действий. В генезе играют роль: психическая травма; условно-рефлекторные раздражители, ставшие патогенными в связи с их совпадением с другими, вызвавшими ранее чувство страха; ситуации, ставшие психогенными в связи с конфронтацией противоположных тенденций [Свядощ А.М., 1982]. Может возникнуть при различных типологических особенностях, но чаще всего у психастенических личностей.

**Н. обсессивный.** *См. Н. навязчивых состояний.*

**Н. ожидания** [Kraepelin E., 1908]. Невротическое состояние, характеризующееся наличием конституционально-предрасполагающих факторов (тревожная мнительность, эмоциональная лабильность), затруднением в осуществлении той или иной привычной функции (речь, ходьба, глотание, мочеиспускание, половой акт и т.п.), чувством тревожного ожидания неизбежной неудачи. Формы проявления – заикание, «заи-

кающаяся походка», «заикающееся письмо», «заикающееся мочеиспускание», тревожное ожидание бессонницы и т.д. E. Kraepelin относил Н.о. к понопатиям. В отечественной психиатрии И.о. рассматривается либо как форме навязчивых состояний [Свядощ А.М., 1959, 1971], либо как синдром тревожного ожидания в клинике различных форм пограничной патологии, особенно неврастении и психастении [Ушаков Г.К., 1978]. При этом подчеркивается его моносимптомная очерченость и монотематическое содержание, наклонность к периодичности течения.

**Н. пенсионный.** Возникает в связи с переходом па пенсию. Большую роль играют нарушение привычного уклада жизни, вынужденное бездействие, утрата прежних интересов, не компенсируемая появлением новых. Часто к этому присоединяется одиночество (См. *Н. анагапический),* соматическое неблагополучие. Клиническая картина не является однообразной, во многом определяется преморбидными личностными особенностями и социальными, микросредовыми факторами.

**Н. послеродовые** [Friedrichs H., 1951]. Невротические расстройства, возникающие после родов и вызванные эмоциональной незрелостью, астенизацией, боязнью не справиться с материнскими обязанностями.

**Н. рентный** *(нем. Rente* – пенсия, регулярный доход с капитала, имущества, земли, по облигациям, не требующий предпринимательской деятельности). Форма Н. истерического, возникающего у лиц, пострадавших в какой-либо ситуации и претендующих на компенсацию, не всегда правомерно. Часто сочетается с кверулянтскими установками.

**Н. речи.** См. *Заикание, Логоневроз.*

**Н. системные.** [Мясищев В.Н., 1959]. Нарушения систем (органов пищеварения, дыхания, кровообращения, половой и т.д.), в возникновении и течении которых играет роль психогенный или условнорефлекторный механизм. Они обусловлены затруднениями во взаимоотношениях человека с окружающей средой, которые по условиям деятельности вызывают перенапряжение в определенной системе, что находит свое выражение преимущественно в нарушении функционирования этой системы или органа. Отличие Н.с. от общих неврозов заключается в нарушении анатомо-физиологической системы, периферический конец которой находится во внутреннем органе, а центральный – в коре большого мозга, в нарушении нормальных психофизиологических отношений между деятельностью органа и психической деятельностью. В то же время Н.с., как и общие, связанны с перенапряжением и патогенными условиями. Поня-

тие Н.с. предложено вместо старого термина «неврозы органов».

По И.М. Аптеру [1966], системный невроз является понятием динамическим, он может перерастать в общий невроз, и, наоборот, в клинической картине общего невроза со временем могут стать доминирующими расстройства преимущественно какой-либо одной системы. В связи с этим существует точка зрения, согласно которой системные нарушения рассматриваются как один из синдромов общего невроза [Карвасарский Б.Д., 1980].

**Н. социальные** [Weizsacker V., 1929]. Три формы так называемых социальных неврозов:

1. Неврозы взлета, наблюдающиеся у людей, которые стремительно возносятся по лестнице социальной иерархии и не могут адаптироваться к своему новому общественному статусу.

2. Неврозы падения, возникающие при снижении социального положения больного.

3. Неврозы правоты – разновидность рентных неврозов, однако цель больного заключается не только и не столько в том, чтобы добиться ренты, а в достижении торжества справедливости.

**Н. страха** [Freud S., 1892]. Основной симптом – появление, чаще острое, чувства тревоги, страха. Страх немотивирован, не зависит от ситуации или каких-ли-

бо представлений, лишен фабулы. Интенсивность его колеблется. Возникает после тяжелой, иногда затяжной, психической травмы. Имеются данные о роли наследственного предрасположения. Возможно физиогенное возникновение чувства страха, например, при остром приступе стенокардии. Часто невротические страхи у детей носят приступообразный характер, прослеживается тенденция возможного их перехода в невротическое формирование личности.

**Н. травматический** [Oppenheim H., 1889]. Понятие введено в конце XIX века на основе наблюдений над невротическими картинами, возникшими у пострадавших в железнодорожных авариях. Интерес к Н.т. особенно усилился с началом I мировой войны. Выделялось острое начало по типу психического шока (в тяжелых случаях наблюдается «психоз испуга»). В последующем характерно депрессивно-ипохондрическое состояние с выраженными истерическими проявлениями (функциональные параличи, мутизм, расстройства чувствительности) и начинающими играть все большую роль рентными установками. Происходит так называемое травматическое развитие личности. Указывалось на значительную неоднородность случаев Н.т. – наряду с типичным невротическим развитием личности, преимущественно по истерическому типу, наблюдались случаи прогредиентного тече-

ния органической патологии, возникновение эпилептических припадков, развитие параноидных картин, у некоторых больных манифестировал шизофренический процесс [Бунеев А.Н., 1935].

**Н. фобический.** См. *Н. навязчивых состояний, Навязчивые состояния.*

**Н. характера.** Термин, введенный психоаналитиками, для обозначения стойких невротических состояний, возникших в качестве сублимации или вытеснения образовавшихся в раннем детстве и неприемлемых для «Я» сексуальных переживаний, инфантильных либидонозных конфликтов. В его формировании в основном принимают участие отдельные черты характера, соответствующие инфантильным желаниям. См. *Н. инфантильный.*

Син.: характер невротический, характероневроз.

**Н. школьный.** Особая форма Н. страха. Наблюдается, главным образом, у учащихся младших классов. Характерны стойкий страх посещения школы, сопровождающийся реакциями пассивного протеста, истерические реакции (например, истерические рвоты). Генез их объясняется страхом разлуки с матерью, боязнью трудностей, связанных с обучением, насмешек сверстников.

**Н. шоковый.** См. *Н. испуга.*

**Н. экспериментальный.** Нарушение высшей нерв-

ной деятельности у животных, вызываемое искусственно с целью изучения этиопатогенеза неврозов человека. Впервые экспериментальные модели Н. были созданы И.П. Павловым и его сотрудниками на собаках.

**Н. ятрогенный** *(греч. iatros* – врач, *–genes* – порождаемый) [Frankl V.]. Н., возникший в связи с ятрогенией. Чаще всего протекает с симптомами нозофобии, тревожных опасений за свое здоровье. Разновидность Н. навязчивых состояний.

**Неврозы, систематика по Шульцу** (*греч. neuron* – нерв, *–osis* – суффикс, обозначающий болезнь) [Schultz J.H., 1919]. 1. Ядерные неврозы, при которых затронуты наиболее глубокие слои личности. Лечение представляется трудным и малоперспективным. 2. Краевые неврозы, при которых отсутствуют поражения ядра личности. Соответствуют понятию конверсионных неврозов в психоанализе, при которых аффективные импульсы находят выражение в соматических феноменах. 3. Неврозы отчуждения, обусловленные чувством чуждости больного окружающему миру, враждебному к нему, например, при помещении здорового ребенка в патологическую в психическом отношении семью приемных родителей. 4. Слоевые неврозы, возникающие вследствие внутренних непреодолимых конфликтов. В болезненное со-

стояние вовлекаются глубокие слои личности.

**Неврология** (*греч. neuron* – нерв, *logos* – учение, наука). Сумма дисциплин, объектом которых является нервная система в норме и патологии. Включает в себя соответствующие разделы описательной и сравнительной анатомии, эмбриологии, гистологии, биохимии, нормальной, сравнительной и патологической физиологии, клиническую невропатологию, нейрогенетику, нейрогигиену и др. Нередко этим термином пользуются вместо термина «невропатология», хотя понятия эти не эквивалентны – первое значительно шире.

**Невропатическая семья.** Понятие, введенное J.M. Charcot для обозначения группы дегенеративных заболеваний, в первую очередь истерии, рассматривавшихся им как наследственные.

**Невропатия** (*греч. neuron* – нерв., *pathos* – страдание, болезнь). Конституционально обусловленная детская нервность – повышенная возбудимость, легкая истощаемость, нарушения сна, сноговорение и снохождение, расстройства аппетита, деятельности желудочно-кишечного тракта, наклонность к тикам, заиканию и т.д. Наличие Н. свидетельствует о предрасположенности к неврозам и патологическим формированиям личности.

В генезе Н. основную роль играет патология плода

внутриутробного периода (травмы, инфекции, интоксикации).

Син.: нервность конституциональная, нервность эндогенная.

**Невропатология** *(греч. neuron* – нерв, *pathos* – болезнь, *logos* – учение, наука). Клиническая дисциплина, учение о болезнях нервной системы. Включает в себя общую, изучающую общие вопросы патологии нервной системы, и частную Н., изучающую отдельные нозологические формы.

**Невротик** *(греч. neuron* – нерв). Больной, страдающий неврозом.

**Невротическая антитеза** *(греч. antithesis* – противоположение). Понятие, введенное A. Adler [1917], для обозначения присущей больным неврозами тенденции оценивать предметы, события и явления через их противоположности. Однако наряду с пониманием этих контрастирующих понятий в общепринятом смысле (например, наверху – внизу; мужской – женский), человеку якобы присущи и специфически индивидуальные, необычные противоположения (низший – занимающий более низменное положение, женский; сильный – находящийся вверху, мужской).

**Невротический.** Относящийся к неврозу, например, невротическая симтоматика.

**Невротоид** *(греч. neuron* – нерв, *–id* – суффикс,

обозначающий: подобный, похожий) [Sultz-Hencke H., 1951]. Сходный с неврозом. Речь идет о нерезко выраженных психических свойствах, качественно сходных с входящими в структуру невроза симптомами, которые присущи каждому человеку, в том числе психически совершенно здоровому. При заболевании неврозом эти черты усиливаются. Таким образом, разница, по автору, между «нормально-невротическим» и «истинно-невротическим» только количественная. Понятие, близкое к типам характера по E. Kretschmer [1922] – циклотим, шизотим.

**Недееспособность.** Неспособность лица осуществлять свои гражданские права и обязанности вследствие глубоких нарушений психической деятельности. Определяется по заключению специальной судебно-психиатрической экспертизы, назначаемой судом при рассмотрении гражданских дел.

**Недержание аффекта.** Выраженная степень аффективной лабильности, когда незначительные обстоятельства служат причиной возникновения, бурных и непреодолимых аффективных реакций (плач, гнев и т.п.). Наиболее характерно для выраженной органической церебральной патологии (церебральный атеросклероз, последствия летаргического энцефалита и др.). Иногда одного упоминания о доме или близких достаточно, чтобы вызвать у больного рыда-

ния. В меньшей степени выраженности наблюдается при глубокой астении, особенно после соматогенных психозов.

Син.: аффективная инконтиненция *(лат. incontinentia* – недержание).

**Недержание кала.** Обусловлено, по М.И. Буянову [1985], одним из 3-х патогенетических механизмов: 1. Врожденное отсутствие механизмов, способствующих появлению условного рефлекса на каловыделение; 2. Медленное формирование условного рефлекса на каловыделение; 3. Утрата указанного рефлекса в результате воздействия неблагоприятных факторов. Может быть первичным, от рождения, и вторичным, приобретенным. Формы вторичного – психогенные (невротическое, патохарактерологическое, при истерическом психозе), органические (травмы каловыделительной системы, повреждения головного и спинного мозга, вторичный мегаколон), при психических заболеваниях (шизофрения, МДП, слабоумие, эпилепсия).

**Недержание мочи.** Механизмы симптомообразования те же, что и при недержании кала, и соответственно, таково же деление на первичное и вторичное Н.м. [Буянов М.И., 1985]. Первичное Н.м. всегда обусловлено дизонтогенезом, наследственным или резидуально органическим, вторичное мо-

жет быть психогенным, вследствие травматических повреждений урогенитальной системы, энцефалопатическим (следствие нейроинфекций и черепно-мозговых травм), при соматических заболеваниях (циститы), и вследствие психических заболеваний, в первую очередь шизофрении, начавшихся после сформирования функции регуляции мочевыделения.

В тех случаях, когда Н.м. происходит только ночью во сне, но не в бодрственном состоянии, можно говорить об энурезе.

**Недоступность.** Невозможность, выраженная затрудненность контактов с больным, обусловленная наличием у него психических расстройств – бреда, галлюцинаторной спутанности, расстройств сознания, ступора, негативизма.

**Негативизм** (*лат. negativus* – отрицательный). Отрицательное отношение к воздействиям внешней среды, отгораживание от внешних впечатлений и противодействие идущим извне побуждениям. Различают Н.: пассивный, характеризующийся сопротивлением попытке врача изменить положение тела больного, накормить его (при этом отмечается значительное повышение мышечного тонуса); активный – инструкции собеседника, какие-либо просьбы вызывают противодействие со стороны больного (при обращении к нему он сжимает губы, закрывает голову одеялом);

парадоксальный – действия больного противоположны инструкции (в ответ на просьбу подойти поближе, он выходит из кабинета врача). Н. проявляется и в мутизме (речевой Н.), задержке мочи и кала, когда больного заводят в туалет. Пассивный Н. нередко встречается в одном ряду симптомов с пассивной подчиняемостью. Наблюдается чаще всего при кататонической шизофрении, иногда при прогрессивном параличе, старческом слабоумии.

E. Kretschmer [1922] объяснял Н. с позиций теории гипобулических механизмов, E. Bleuler [1911] видел в нем проявление аутизма.

**Неймана–Кона болезнь** [Neuman M.A., Kohn R., 1967]. Одна из редких форм пресенильной деменции. В мировой литературе описаны всего 13 случаев [Herman E.J., 1978]. Морфологический субстрат – подкорковый глиоз первичного характера при относительной интактности коры головного мозга и незначительной выраженности демиелинизации. Характерно прогрессирующее слабоумие.

**Нейробруцеллез.** Поражение нервной системы при бруцеллезе. В начальной стадии – астения, гиперестезия, эмоциональная лабильность. В острой стадии – психотические состояния по типу острых экзогенных реакций (делирий, аменция, сумеречные состояния, эпилептиформное возбуждение), для подо-

строй или хронической стадии характерны аффективные нарушения – затяжные депрессии и мании. При длительном течении наблюдается картина хронического органического психосиндрома с характерологическими изменениями.

**Нейролептики** *(греч. neuron* – нерв, *leptikos* – способный взять). Группа препаратов психотропного действия (психофармакологических). Обладают общими свойствами: снижают психомоторную активность, снимают психическое возбуждение, производят антипсихотическое действие. Побочный эффект их применения – нейротропное действие (экстрапирамидные проявления) и нейровегетативные расстройства. К Н. относятся: производные фенотиазина (аминазин, пропазин, тизерцин (левомепромазин), терален (алимемазин), метеразин, этаперазин, френолон, трифтазин (стелазин), фторфеназин, тиоридазин (сонапакс)); производные тиоксантена (хлорпротиксен); производные бутирофенона (галоперидол, трифлуперидол (триседил), дроперидол, флушпирилен (ИМАП), пимозид (орап), пенфлюридол (семап)); производные индола (карбидин); нейролептики разных химических групп (клозапин (лепонекс, азалептин), эглонил (сульпирид)).

**Нейролептическая активность** [Haase H.-J., 1954]. Понятие, введенное для сравнительной оцен-

ки силы действия нейролептиков. За основу для сравнения взята активность аминазина (хлорпромазина гидрохлорида), принимаемая за единицу. Критерием служит доза препарата, необходимая для достижения нейролептического порога (для аминазина она составляет 0,15-0,4 г).

**Нейролептическая диспозиция** [Haase H.-J., 1954]. Понятие, введенное для обозначения индивидуальной предрасположенности к нейролептикам. Для достижения одного и того же эффекта дозировка нейролептического препарата у разных больных может значительно отличаться, иногда разница эта может оказаться 15-кратной. Н.д. не зависит от наличия соматических заболеваний и от других видов диспозиции.

**Нейролептический злокачественный гиперпирексический синдром.** См. *Делея злокачественный гиперпирексический нейролептический синдром.*

**Нейролептический интервал** [Haase H.-J., 1954]. Дозы нейролептиков, располагающиеся в диапазоне между нейролептической минимальной дозой, действие которой проявляется в едва заметных изменениях почерка (см. *Синдром нарушения тонких движений),* и дозой, приводящей к грубой экстрапирамидной патологии.

**Нейролептический порог** [Haase H.-J., 1954]. До-

за нейролептика, превышение которой приводит к гипокинезии, начальным проявлениям последней являются изменения почерка. Прием более высоких доз препарата приводит к возникновению и быстрому нарастанию паркинсонизма. При назначении доз ниже Н.п. отмечается лишь легкий психофармакологический эффект – слабая аффективная разрядка, как при воздействии атарактических средств.

**Нейролептический синдром.** См. *Делея–Деникера синдром.*

**Нейромимезия** *(нейро + греч. mimeomai* – подражать). Проявление симптомов, имитирующих органическую патологию головного мозга, при функциональных заболеваниях, чаще всего – истерии.

**Нейроплегики** *(нейро + греч. plege* – удар, поражение) Син.: нейролептики.

**Нейропсихология** *(нейро + греч. psyche* – душа, *logos* – учение, наука). Раздел медицинской психологии, изучающий психологическими методами психические нарушения вследствие очаговых органических поражений головного мозга, связь психических процессов с определенными системами головного мозга. Отечественная Н. базируется на исследованиях А.Р. Лурия и его школы, посвященных разработке концепции локализации в коре головного мозга высших корковых функций.

**Нейросифилис** *(нейро + греч. syphilis* – по имени пастуха Сифилуса, героя поэмы врача Дж. Фракасторо, написанной о сифилисе). Общее название сифилитических поражений нервной системы (прогрессивный паралич, сифилис головного мозга, спинная сухотка).

Син.: нейролюэс.

**Нейротропный** *(нейро + греч. tropos* – направление). Действующий избирательно или преимущественно на нервную систему.

**Нейрофизиология** *(нейро + греч. physis* – природа, природные свойства, *logos* – учение, наука). Раздел физиологии, изучающий деятельность нервной системы и ее основных структурных единиц – нейронов.

**Нейрохирургия** *(нейро + греч. cheir* – рука, *ergon* – работа). Раздел хирургии, изучающий заболевания и повреждения нервной системы, подлежащие хирургическому лечению, и методы его. Особое значение имеет стереотаксическая Н., разрабатывающая методы локального воздействия на глубинные структуры головного мозга, в частности стереотаксическое лечение паркинсонических состояний. Разрабатываются в Н. также методы оперативного лечения эпилепсии в случаях резистентности к медикаментозной терапии и прогрессирующих изменений личности с выражен-

ными антисоциальными тенденциями.

**Нейроцитоархитектоника** *(нейро + греч. cytus* – клетка, *architektonike* – построение, структура). Раздел архитектоники коры головного мозга, изучающий расположение, строение и пространственное соотношение нервных элементов, клеток в коре полушарий головного мозга. Изучение Н. имеет важное значение для нейрофизиологии, патогистологии ЦНС и нейрохирургии.

**Некромания** *(греч. nekros* – мертвый, труп, *mania* – страсть, влечение, помешательство). Болезненное влечение к осквернению трупов, часто сочетается с некросадизмом.

**Некросадизм** *(некро + садизм).* Разновидность сексуальной перверсии, при которой половое удовлетворение достигается осквернением, обезображиванием трупов. Иногда сочетается с некрофилией.

Син.: вампиризм, бертранизм.

**Некрофагия** *(некро + греч. phagein* – пожирать). Разновидность некросадизма, стремление к поеданию отдельных частей мертвого тела человека, часто – половых органон.

**Некрофетишизм** *(некро + фр. fetiche* – идол, талисман). Разновидность сексуальной перверсии, при которой половое удовлетворение достигается лишь если рядом есть труп, или больной создает себе такого

рода ярко-чувственное представление.

**Некрофилия** (*некро + греч. philia* – влечение). Вид сексуальной перверсии, заключающийся во влечении к совершению полового акта или других сексуальных действий с трупом.

**Некрофобия** (*некро + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь трупов и похоронных принадлежностей.

**Нельсона–Майера реакция** [Nelson R., Mayer M., 1949]. Высокочувствительная и специфическая серологическая реакция для диагностики сифилиса. Сыворотка крови больного сифилисом приводит к иммобилизации бледных спирохет.

**Неоглоссия** (*нео + греч. glossa* – язык). Образование нового языка, как правило, возникающего на основе неологизмов. Проходит два этапа [Роговин М.С., 1975]: неологии, когда неологизмы умножаются в количестве и систематизируются; собственно Н., для которой характерно создание нового, «приватного» языка, иногда сосуществующего с принятым языком общения, а иногда полностью вытесняющего его. Н. является сугубо паразитическим словообразованием, коммуникативная функция речи при ней утрачивается.

Н. следует отличать от глоссолалии, наблюдающейся при истерической экзальтации, экстазе, в кар-

тине функциональных сумеречных расстройств сознания по типу его сужения (см. *Глоссолалия).*

Син.: криптолалия.

**Неогоспитализм** *(нео + госпитализм)* [Кабанов М.М., 1973]. Состояние психологической отгороженности от внешнего мира, связанное со сложившимися после выписки из больницы неблагоприятными условиями (семейными, материальными и др.) и усугубляемое искусственной («оранжерейной», «тепличной») средой обитания в стационаре.

**Неография** *(греч. neos* – новый, *graphe* – писать). Нарушения письменной речи, проявляющиеся в изменении элементов письма, графем; чаще всего отражает особенности символического мышления больных шизофренией.

**Неологизм** *(нео + греч. logos* – речь, учение). Новообразованное слово. Симптом патологии речи, наиболее типичный для шизофрении и рассматриваемый в рамках аутистического мышления. Образование Н. представлено широким диапазоном – от единичных Н. до создания нового языка. Различают Н. пассивные, несистематизированные, носящие характер бессмысленных звукосочетаний и конгломератов обломков слов, и активные, возникающие вследствие искаженной мыслительной переработки словесного материала и всегда что-то обозначающие [Seglas J., 1892].

Активные Н. являются основой формирования нового языка. Один из видов образования Н. при шизофрении – сгущение понятий. Шизофренические сгущения понятий отличаются от органических контаминации, например, при амнестической афазии, своей лабильностью, легко возникают новые проявления их, прежние не повторяются.

**Неонатоцид** *(греч. neonatum* – новорожденный, *caedo* – убивать). Убийство матерью новорожденного ребенка. Наблюдается у психически здоровых женщин с целью сокрытия нежелательной беременности и при психической патологии – у умственно недоразвитых, при депрессии, в остром психотическом состоянии типа экзогенной реакции, наступившей после родов и протекающей с нарушением сознания.

**Неотения** *(нео + лат. teneo* – задерживать, запаздывать). Остановка развития какого-либо органа, характера, психики. Ср.: инфантилизм.

**Неофрейдизм.** Одно из направлений современного психоанализа. Подвергая критике пансексуализм и представления об организации психической жизни, представленные в ортодоксальном психоанализе, сторонники Н. по-прежнему рассматривают бессознательное как основу психической деятельности человека. Первые попытки отойти от ортодоксального психоанализа были предприняты A. Adler (См. *Адле-*

*ра индивидуальная психология),* и C. Jung (см. *Юнга аналитическая психология).* Современные неофрейдисты придерживаются в своих исследованиях социальной направленности, подчеркивая значение социальных условий, интерперсональных и семейных отношений в формировании личности человека. Развиваются теории внутренней конфликтности личности, связанной с чувством «базальной тревожности» перед лицом природных и социальных сил [K. Horney], доминирования межличностных отношений и ситуаций в образовании отдельных типов личности, являющейся лишь совокупностью социальных масок, ролей [H. Sullivan], детерминации всей психики человека бессознательными влечениями, побуждениями [E. Fromm].

Н., будучи теорией бессознательного, противопоставляет его обществу, всегда рассматриваемому как нечто враждебное человеческой личности.

**Нервизм.** Направление в физиологии и медицине. Основы его заложены И.П. Павловым и С.П. Боткиным. Основное положение – главенствующая роль нервной системы в регуляции жизнедеятельности организма в норме и патологии. См. *Павлова теория.*

**Нестеснение** *(англ. No-restraint).* Система взглядов о необходимости предоставления психически больным возможно большей свободы, изгнания из пси-

хиатрических больниц методов стеснения движений больных – смирительных рубашек. Средством борьбы с психомоторным возбуждением является назначение медикаментозных средств и внедрение психотерапевтических методов (см. *Конолли реформы).* В России пропагандистом широкого внедрения Н. был С.С. Корсаков.

**Никотинизм.** Хроническое употребление табака, содержащего алкалоид никотин, являющегося сильным нейротропным ядом. Характерны гиперсаливация, головная боль, головокружения, ухудшение зрения и аппетита, тремор, раздражительность. Способствует заболеванию сердечно-сосудистой системы, желудка. Одна из основных причин возникновения рака легких.

**Никталгия** *(греч. пух* – ночь, *algos* – боль). Боль, возникающая в ночное время.

**Никтопедия** *(никто + греч. paideia* – обучение). Обучение во сне, использование метода никтосуггестии в целях обучения, в частности – для изучения иностранного языка.

**Никтосуггестия** *(никто + лат. suggestio* – внушение) [Свядощ А.М., 1982]. Вариант внушения в естественном сне. Первоначально проводится сеанс гипнотерапии или внушения наяву с целью установления раппорта. Затем в ночное время, при естествен-

ном сне больной прослушивает магнитофонную запись суггестивной беседы врача.

**Никтофобия** (*никто + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь наступления ночи – из-за темноты, предчувствия мучительной бессонницы, кошмарных сновидений.

**Нимана–Пика болезнь** [Niemann A., 1914; Pick L., 1922]. Наследственный сфингомиелиновый липидоз. Характерны нарушения метаболизма, снижение активности сфингомиелиназы вплоть до полной ее инактивации. В зависимости от возраста начала, течения и тяжести выделяют 4 формы заболевания – инфантильную, юношескую, позднюю и вариант, описанный в семьях Новой Шотландии. Характерны увеличение печени и селезенки, появление асцита, увеличение лимфатических узлов, кахексия, изменение пигментации кожи. Спастические парезы и параличи сменяются снижением мышечного тонуса. Снижаются слух и зрение. Слабоумие (при раннем начале заболевания – олигофреническое). В пораженных органах увеличено количество сфингомиелина. Тип наследования – аутосомно-рецессивный.

**Нимфомания** (*греч. nymphe* – невеста, *mania* – страсть, безумие). Повышенное половое влечение у женщин, вид гиперэротизма. Характерна постоянная сексуальная неудовлетворенность, непрекращающи-

еся поиски новых партнеров и неослабевающая потребность в половом удовлетворении. Связывается с эндокринной дисфункцией, явлениями местной гиперестезии. Особенно часто наблюдается у психопатических личностей, особенно истероидного круга, при олигофрении. Аналогична сатириазу у мужчин.

Син.: андромания *(греч. aner, andros* – мужчина).

**Ниссля–Альцгеймера форма нейросифилиса** [Nissl F., Alzheimer A.]. Форма сифилиса головного мозга, поражающего преимущественно мелкие сосуды коры. Характерно прогредиентное слабоумие.

**Нистагм** *(греч. nystazo* – дремать, сонливо клонить голову). Непроизвольные ритмичные подергивания глазных яблок, протекающие двухфазно – с быстрой и медленной фазами. Различают по направленности движений глазных яблок Н. вертикальный, горизонтальный, ротаторный и др. Наблюдается при органических поражениях головного мозга с локализацией в области вестибулярного аппарата, моста, мозжечка, заднего продольного пучка, при интоксикациях, истерии. Может наблюдаться и у здоровых – при длительной фиксации взгляда на близко к глазу расположенном предмете (Н. фиксационный), в поезде при фиксации-взгляда на быстро сменяющихся, движущихся в одну сторону предметах (Н. оптокинетический).

**Нистагм пароксизмальный** [Fere Ch., 1888]. Ва-

риант эпилептического припадка, для которого характерно распространение судорог на движения глазных яблок. При этом отмечается латеральный (горизонтальный) или ротаторный нистагм, которому сопутствуют головокружение и попеременные повороты головы в разные стороны. Иногда эпилептический нистагм наблюдается при нерезко выраженных судорогах в конечностях или при полном их отсутствии (нистагмоидный эквивалент) [Messing S., 1924], возможно и его появление после судорожного припадка, когда он возникает одновременно с постпароксизмальным пирамидным синдромом [Kreindler A., 1960].

Син.: окулоклонический эпилептический припадок [Gastaut H., 1973].

**Нистагмоид** (*нистагм* + *-eides* – суффикс, обозначающий: подобный, похожий). Движения глазных яблок по типу нистагма, однако отличающиеся кратковременностью, быстрой истощаемостью.

**Нищенство патологическое.** Синдром, характеризующийся постоянной тенденцией просить милостыню, даже при отсутствии материальных затруднений. Наблюдается при выраженных психопатических изменениях с асоциальными наклонностями и, особенно, при психических заболеваниях позднего возраста.

**Нозологическая форма.** Определенная болезнь, выделенная на основании установленных этиологии

и патогенеза и (или) на основании единообразия клинической картины. В настоящее время целый ряд психических заболеваний еще не соответствует всем трем критериям, тем более, что они не всегда совпадают в рамках одной нозологической формы, могут быть, например, нозологически однородными, но патогенетически и клинически различаться (алкогольные психозы, нейросифилис). Н.ф. является единицей номенклатуры и классификации болезней. Существует Международная классификация болезней (МКБ) – ныне вводится ее вариант 10-го пересмотра. Цель ее – унификация клинико-статистических данных. Кроме того, в большинстве стран разработаны национальные классификации болезней. Принятая в нашей стране классификация различает три основные группы психических заболеваний: эндогенные, экзогенные и состояния, обусловленные патологией развития.

**Нозологический профиль.** Структура заболеваемости или причин смертности населения определенной территории на конкретный период.

**Нозология** *(греч. nosos* – болезнь, *logos* – наука, учение). Учение о болезнях и их классификации.

**Нозоморфоз** (*нозо* + *греч. morphosis* – формирование). См. *Патоморфоз.*

**Нозофолия** *(нозо* + *philia* – любовь). Психопато-

логическое состояние, характеризующееся наличием сверхценных идей о наличии у больного того или иного заболевания. Проявляется в особом пристрастии некоторых лиц, чаще всего психопатического склада, находить у себя, своих близких и окружающих болезни и заниматься их, чаще всего некомпетентным, лечением и самолечением.

**Нозофобия** *(нозо + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заболеть какой-нибудь болезнью. (См. *Канцерофобия, Кардиофобия, Сифилофобия* и др.).

**Ноктабулизм** *(лат. nox* – ночь, *ambulo* – ходить, гулять). Син.: сомнамбулизм.

**Нонне–Аппельта реакция** [Nonne M., Appelt F., 1907]. Служит для определения белковых фракций в спинномозговой жидкости, заключается в осаждении глобулинов полунасыщенным раствором сернокислого аммония. Оценка количественная от + до +++. Положительная Н.–А.р. может свидетельствовать в пользу диагностики сифилиса ЦНС, менингитов и других органических заболеваний. Специфически-этиологического значения не имеет.

**Нонне синдром** [Nonne M., 1904]. Псевдотуморозный синдром при различных заболеваниях (менингоэнцефалите, серозном менингите, сифилисе головного мозга).

**Ноотропы** *(греч. noos* – мышление, разум, *tropos* – направление, стремление, сродство) [Giurgea C., 1972]. Психотропные препараты, оказывающие прямое активирующее действие на интегративные механизмы мозга, стимулирующие обучение, улучшающие память и эффективность умственной деятельности, повышающие устойчивость мозга к вредным воздействиям, улучшающие кортико-субкортикальные связи. Не обладают влиянием на протекание нейровегетативных процессов, не оказывают снотворного и аналгезирующего действия. К Н. относится пирацетам (ноотропил). К Н. близко по своему эффекту примыкает гамма-аминомасляная кислота (аминалон) и другие, так называемые ГАМКергические вещества – оксибутират натрия, фенибут, обладающий также транквилизирующим эффектом).

**Нормотимики** *(лат. norma* – норма, правило, *греч. thymos* – настроение). Психотропные средства, регулирующие аффективные проявления и обладающие профилактическим действием при фазно протекающих аффективных психозах. К Н. относятся препараты лития (лития карбонат). Известен нормотимический эффект финлепсина, препаратов вальпроевой кислоты.

**Норри–Варбурга синдром** [Norrie G., 1927; Warburg M. 1961]. Сочетание семейных двусторонних

псевдоглиом сетчатой оболочки с глухотой и олигофренией. Заболевание наследственное, сцепленное с полом, болеют мужчины, женщины лишь являются носителем гена болезни. Тип передачи рецессивный.

**Ностальгия** *(греч. nostos* – возвращение домой, *algos* – боль). Болезненное чувство тоски по родине, принимающее иногда форму тяжелого невротического или психотического состояния, протекающего с гипотимией, бессонницей.

# О

**Обертоны психические** *(нем. Obertone* – дополнительные тона, возникающие при звучании основного тона). Промежуточные психические процессы, представляющие собой переход между сознанием и бессознательной психической деятельностью.

**Облигатный** *(лат. obligatus* – обязательный, непременный). Термин, применяемый для обозначения свойства, непременно присущего данному явлению, состоянию, процессу, болезни. Например, E. Bleuler [1911] выделил триаду основных, облигатных признаков шизофрении. В отличие от других симптомов, которые наблюдаются не при всех формах болезни, эти три признака – аутизм, расщепление и эмоциональное снижение – являются обязательными; отсутствие одного из них ставит диагноз шизофрении под сомнение и требует уточнения диагностических вопросов. В то же время симптомы шизофрении I ранга по K. Schneider не являются облигатными.

**Обломова синдромы.** Названы по имени героя одноименного романа И.А. Гончарова.

1. Описан A. Mascioni [1957] и H. Dietrich [1965] у психопатических личностей, происходящих чаще всего из высокопоставленных и хорошо обеспеченных

семейств. Характерны слабоволие, апатия, лень. Эти лица длительно нуждаются в опеке и покровительстве старших, ждут от последних постоянных услуг, являются тиранами в семье. Часто при этом наблюдаются ипохондричность, наклонность к фобическим переживаниям (агорафобия, кардиофобия, танатофобия); 2. Описан W. Wermut [1975] и проявляется у депрессивных больных в трудности утреннего подъема из постели.

**Обморок.** Внезапная непродолжительная (чаще в пределах 1-5 минут, иногда до 30 мин и более) глубокая потеря сознания. Сопровождается резкой бледностью, обездвиженностью тела, холодным потом, значительным ослаблением дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Является проявлением острой гипоксии мозга и падения вегето-сосудистого тонуса. Непосредственной причиной О. может быть волнение, сильная боль, тепловой удар, гипервентиляция легких. Часто наблюдается при патологии сердечно-сосудистой системы. При истерии О. носят целевой характер, потеря сознания неполная, сомато-вегетативные проявления выражены меньше. Ортостатические О. возникают при быстром переходе тела из горизонтального в вертикальное положение и нередко встречаются при лечении нейролептиками.

Син.: синкопе *(греч. synkope* – сокращение, выпа-

дение).

**Обморок судорожный.** Обморок, при котором церебральная ишемия, будучи достаточно выраженной и продолжительной, вызывает присоединение к потере сознания судорог – тонического спазма, к которому могут присоединиться несколько последующих клонических движений.

Следует отграничивать от эпилептических судорожных припадков [Gastaut H., 1975].

**Обнубиляция сознания** *(лат. obnubilatio* – закрывать облаками, затуманивать). Легкая степень оглушения. Характерны колебания в степени выраженности помрачения сознания – легкое помрачение сознания на время сменяется его прояснением, затем вновь наступает затемнение.

**Обострение.** Стадия хронического течения заболевания, характеризующаяся усилением болезненной симптоматики и появлением новых признаков, обусловленных стереотипом развития болезни, ее динамикой.

**Образование противоположной реакции.** Один из механизмов психологической защиты, когда какой-либо неприемлемый мотив скрывается субъектом от самого себя и маскируется совершенно противоположным, например, большая враждебность прячется за чрезмерной предупредительностью. Такого

рода механизм отрицания проявляется в поступках типа «свиста в темноте» – испытывающий страх в темноте издает свист, уверяя себя в том, что он ничего не боится. Характерна чрезмерная подчеркнутость в выражении чувств, поведении.

Син.: реакция внешнего вида.

**Обсессия** *(лат. obsessio* – обложение, осада, блокада). См. *Навязчивые состояния.*

**Объем внимания.** Одно из свойств внимания, характеризующееся количеством элементов, которые человек может одномоментно воспринять. Упражняемость О.в. на разрозненные элементы незначительная, тогда как на ассоциируемые по смыслу может быть чрезвычайно высокой. В значительной мере это обстоятельство играет роль при тренировке лиц, обладающих феноменальной памятью и демонстрирующих на эстраде «чудеса запоминания».

**Оверелла–Горхема шкала оценки психического состояния** [Overall J.E., Gorcham R.P., 1962]. Основана на самооценке, охватывает 18 групп психопатологических симптомов (ипохондричность, тревога, аутизм, чувство вины, депрессия, галлюцинации, бред и т.п.). Оценка в баллах по семизначной системе. По мнению авторов, шкала пригодна для различных форм депрессий, бредовых состояний, расстройств мышления. Применяется в психофармакологии для

сравнительной оценки состояния больных.

**Оглушение.** Синдром нарушенного сознания, характеризующийся значительным повышением порога восприятия всех внешних раздражителей и замедленным образованием ассоциаций, затруднением их течения. Представления скудны, ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Брадипсихизм. Вопросы воспринимаются с трудом, ответы на них неполные, неточные. По выходе из О. – амнезия. При неблагоприятном течении – переход в сопор и кому. По H. Walther-Buel [1951], О. – это парез психической деятельности.

Син.: оглушенность, синдром оглушения сознания.

**Одинакузия** *(греч. odyne* – боль, *akuo* – слышать, чувствовать). Повышенная чувствительность слухового анализатора, при которой обычно раздражители (шумы, звуки) вызывают чувство боли.

Син.: гиперакузия.

**Одномоментная отмена психотропных средств** [Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Прохорова И.С., 1974]. Один из методов лечения психических заболеваний, особенно при обнаружении терапевтической резистентности. По мнению авторов, при этом методе вызывается перестройка функционирования адаптивных мозговых систем лимбического круга. Положительная динамика проявляется в исчезновении про-

дуктивной психопатологической симптоматики и появлении рассудительного отношения к своему состоянию. Терапевтический эффект стабилизируется на 6-14 день. Отмена проводится при достижении относительно больших доз психотропных препаратов; при внезапной отмене лечения на уровне малых и средних доз лечебный эффект, связанный с синдромом отмены («эффект отдачи»), не наступает. Показания: шизофрения, эндогенные депрессии. Иногда, при отсутствии терапевтического эффекта от применения метода, можно наблюдать при дальнейшем лечении психотропными средствами уменьшение нечувствительности к ним, терапевтической резистентности.

**Одонтофобия** *(греч. odus* – зуб, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь обращения к стоматологу и лечения зубов.

**Одышка истерическая периодическая.** Симптом истерии.

О.и.п. может сопровождаться изданием разнообразных звуков (шипящих, свистящих, клокочущих), или имитировать приступы бронхиальной астмы.

**Озерецкого шкала развития психомоторики** [Озерецкий Н.И., 1926]. Психологическая методика для исследования общего развития психомоторики и отдельных ее компонентов. Состоит из серии заданий возрастающей сложности. Градация сложности

заданий соответствует возрастному развитию (от 4 до 16 лет). Исследуются такие компоненты психомоторики, как статическая и динамическая координация движений, их скорость, одновременные движения, сила движений и синкинезии. Высоко валидна при органической церебральной патологии. Известна модификация O. Golnitz [1954].

**Ойкофобия** *(греч. oikos* – дом, отечество, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь возвращения домой, в семью после выписки из психиатрической больницы.

**Оксиопия** *(греч. oxys* – острый, *ops* – глаз). Чрезмерная острота зрения.

**Оксиосмия** *(окси + греч. osme* – запах, обоняние). Чрезмерная острота обоняния.

**Окулостатический феномен** *(лат. oculus* – глаз, *греч. statikos* – относящийся к равновесию). См. *Гуревича окулостатический феномен.*

**Олигодактилия** *(греч. oligos* – малый, *daktylos* – палец). Врожденное уродство, аномалия развития, характеризующаяся неполным количеством пальцев кистей или стоп.

**Олигодипсия** *(олиго + греч. dipsa* – жажда). Уменьшение потребности организма в воде, жидкости. Наблюдается при поражении гипоталамуса.

**Олигокинезия** *(олиго + греч. kinesis* – движение).

Уменьшение подвижности тела, скованность его движений. Наблюдается при акинетико-ригидном варианте паркинсонизма.

**Олигомания** *(олиго + греч. mania* – страсть, влечение, безумие). Старое обозначение психозов, протекающих преимущественно без продуктивной психопатологической симптоматики.

**Олигопсихия** *(олиго + psyche* – душа). См. *Олигофрения.*

**Олиготимия** *(олиго + греч. thymos* – настроение, чувство). [Davidson G.M., 1956]. Понятие, предложенное вместо термина «психопатия» и основанное на представлении о недостаточной, бедной аффективности у психопатов, являющейся, по мнению автора, «центральным фактором психопатий». О. рассматривается как проявление слабости корковой и преобладания подкорковой аффективности.

**Олигофазия** *(олиго + греч. phasis* – речь) [Бернштейн А.Н., 1912]. Основной и наиболее характерный симптом расстройств речи у эпилептиков. Проявляется в затруднениях называния показываемых больному предметов. Острая послеприпадочная О. является амнестически-афатическим комплексом, тогда как постоянная или общая прогрессирующая О. [Я.П. Фрумкин, 1938] обнаруживается в межприпадочных состояниях и характеризуется прогрессирующим с течени-

ем болезни оскудневанием словарного запаса. Последняя зависит от степени выраженности и характера эпилептического слабоумия, являясь высокоспецифичным для эпилепсии признаком [Блейхер В.М., 1963].

**Олигофрении.** Сборная группа различных по этиологии, патогенезу и клинике непрогредиентных патологических состояний, объединяемых по общему для них признаку – наличию врожденного или приобретенного в раннем детстве (в возрасте до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей. Различают О. недифференцированные, то есть с неясной этиологией (син.: О. идиопатические) и дифференцированные – эндогенно-наследственные и обусловленные экзогенными (органическими и средовыми) факторами. Выделяют также группы вялых (торпидных) и возбудимых (эретических) О. Существует множество классификаций О. В нашей стране принята классификация Г.Е. Сухаревой [1965].: 1. О. эндогенной природы (в связи с поражением генеративных клеток родителей) – болезнь Дауна, энзимопатические, дизостозические, ксеродермические формы, истинная микроцефалия; 2. О. внутриутробного генеза (эмбрио-и фетопатии) – О., обусловленные перенесенными матерью во время беременно-

сти инфекциями и интоксикациями, наличием у нее гормональных нарушений, О. вследствие токсоплазмоза, гемолитической болезни новорожденных (резус-конфликты); 3. О., возникающие в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве – родовая травма, асфиксия, черепно-мозговая травма в постнатальном периоде и в раннем детстве, менингиты, менингоэнцефалиты и энцефалиты.

Умственное недоразвитие при О. носит тотальный характер, оно охватывает всю психику в целом. При этом на первом плане – недостаточность высших форм познавательной деятельности (абстрактного мышления), преобладание конкретности суждений.

**Олигофренический плюс** *(олиго + греч. phren –* ум, разум) [Симсон Т.П., 1948]. Олигофреноподобный дефект, наблюдающийся при начале шизофрении в раннем детском возрасте (до 3 лет). Наряду с быстрым падением психической активности и нарастанием эмоциональной опустошенности, отмечаются признаки интеллектуальной недостаточности. Симптом должен учитываться при диагностике пфропфшизофрении (см.). Объясняется характерными для начала заболевания в раннем детстве явлениями недостаточности приспособительных механизмов и повреждением молодых в онтогенетическом отношении

физиологических систем головного мозга, обеспечивающих развитие мыслительных процессов и контролирующих правильность, адекватность поведенческих реакций [Сухарева Г.Е., 1974].

**Олигофрения дизостотическая.** См. *Гаргоилизм.*

**Олигофрения ксеродермическая** [Rud E., 1927]. Сочетание олигофрении (часто степени идиотии) с ихтиозом, эпилептиформными судорожными припадками, пониженной остротой зрения, повышением мышечного тонуса, гиперрефлексией. Обусловлено недостаточным поступлением в организм беременной женщины ретинола и каротина.

Син.: дискератоидиаз, синдром Руда.

**Олигофренопедагогика.** Раздел дефектологии, разрабатывающий проблемы обучения умственно отсталых детей.

**Олигофренопсихопатия.** Сочетание у одного больного симптомов олигофрении и психопатии. Термин неправомерен, следует говорить о психопатических чертах или психопатизации у олигофрена. Обычно наблюдается при олигофрении степени дебильности.

**Олигофреноциклофрения** *(олиго + циклофрения).* Циклофрения (МДП), «привитая» на олигофреническую почву. Термин неудачен, следует говорить о циклофрении (МДП) на почве или на фоне олигофре-

нии.

**Олигошизофрения** *(олиго + шизофрения).* См. *Пфропфшизофрения.*

**Олигоэпилепсия** *(олиго + эпилепсия).* Эпилепсия, начавшаяся в раннем или детском возрасте с задержкой или остановкой умственного развития.

**Олигоэргазия** *(олиго + греч. ergasia* – работа, действие, деятельность) [Meyer A., 1908]. Разновидность эргастических реакций, соответствующая олигофрении. См. *Майера эргазиология.*

**Олицетворения неодушевленных предметов расстройство.** Вариант дереализации, при котором окружающее воспринимается безжизненным, мертвым, неестественным или странным, загадочным, таинственным, зловещим. Утрата эмоционального резонанса может усиливаться до чувства оторванности от реального мира, его отчужденности, потери связи с ним [Жмуров В.А., 1988].

**Олицетворенного осознавания феномен.** Непосредственное переживание присутствия кого-то из посторонних лиц, тогда как в действительности рядом или в этом помещении никого нет. К нему же относится мнимое ощущение чужого взгляда (кто-то смотрит в окно). Описания больных детальны до такой степени, что их можно принять за галлюцинации, что свидетельствует о необходимости разграничения этого фе-

номена со зрительными и слуховыми галлюцинациями [Жмуров В.А., 1988]. При тщательном расспросе можно выяснить, что больные не слышат мнимую речь, а чувствуют, что о них говорят, бранят их, не видят галлюцинаторные образы, а чувствуют присутствие какого-то человека.

**Омброфобия** *(греч. ombros* – дождь, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь попасть под дождь.

**Омега меланхоликов** [Schuele H., 1898]. Наблюдающаяся при выраженной депрессии кожная складка между бровями в виде греческой буквы «омега».

**Онанизм.** Вызывание оргазма искусственным раздражением наружных половых органов. Назван по имени библейского Онана, сына Иуды, таким образом протестовавшего против необходимости вступить в брак со вдовой старшего брата. Помимо физического онанизма, когда половое возбуждение и оргазм достигаются механическим воздействием на половые органы, выделяют также и психический, вызываемый фантазированием специфического сексуального характера.

Син.: мастурбация, ипсизм, рукоблудие.

**Онанофобия** *(онанизм + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь вредных последствий онанизма. Нередко является следствием ятрогении или эгротогении, однако довольно часто обнаруживается в

дебюте шизофрении, когда больной пытается психологически увязать признаки происходящих с ним изменений с психологически понятными моментами.

**Онейроид** *(греч. oneiros* – сон, *–eides* – подобный, похожий). См. *Синдром онейроидный.*

**Онейроидные состояния** *(греч. oneiros* – сон, сновидение, *–eides* – подобный, похожий) [Regis E., 1894; Mayer-Gross W., 1924]. Психотические состояния, характеризующиеся калейдоскопичностью переживаний, в которых сливаются в единое целое реальное, иллюзорное и галлюцинаторное.

Типична необычность, фантастичность происшествий и положений, переживаемых больным, носящих обычно угрожающий, мрачный характер. Иногда это картины грандиозных катастроф. Отдельные сцены в болезненных переживаниях не связаны друг с другом, носят незавершенный характер, создают у больных аффективную напряженность. Больные переживают ужас, томительное ожидание, отчаяние, однако в редких случаях отмечается ироническое отношение больных к болезненным переживаниям. Сам больной остается лишь зрителем онейроидных переживаний, не участвует в них активно, как при делирии, однако испытывает при этом тяжкое чувство беззащитной пассивности и, в то же время, своей ответственности за происходящее. В некоторых случаях в О.с. вклю-

чаются элементы «шизофренического реквизита» – ощущение зависимости от внешних сил, амбивалентные тенденции, сопровождающий иллюзии и галлюцинации бред особого значения. О.с. включают элементы искаженных реальных воспоминаний, отражение реально происходящих событий.

В отличие от делирия, при котором галлюцинаторные переживания разыгрываются в реальном пространстве, при О.с. грезоподобные состояния носят характер сновидных переживаний и псевдогаллюцинаций и разворачиваются в мире субъективных представлений и фантазий; при О.с. могут наблюдаться нарушения самосознания.

Если при делирии поведение больных определяется обманами чувств, они часто активно ищут спасения, то при О.с. больной чаще всего лежит в оцепенении, реже возбужден, его лицо характеризуется однообразной, застывшей мимикой, иногда лишь отмечается восторженно-экстатическое выражение. Чаще всего внешний облик больных при О.с. характеризуется безмолвием, внешней безучастностью, отрешенностью.

Амнезия после О.с. выражена меньше, чем после делирия.

В зависимости от преобладания аффекта различают его маниакальный (экспансивный) и депрессивный

варианты. Первому присущи идеи величия, высокого происхождения; второму – пониженное настроение, проявления синдрома Котара (см.). В развитии О.с. различают этапы: начальный (протекает с аффективными расстройствами), бредового настроения, бреда инсценировки с ложными узнаваниями, острой фантастической парафрении и истинного онейроида.

E. Regis описывал О.с. при инфекционных и интоксикационных психозах и называл их онирическим бредом (см.).

W. Mayer-Gross рассматривал О.с. как проявления атипичного течения маниакально-депрессивного психоза и шизофрении. В отечественной литературе известны описания О.с. при шизофрении [Молохов А.Н., 1936; Абашев-Константиновский А.Л., 1939], маниакально-депрессивном психозе [Абрамович Г.Б., 1940], экзогенных психозах [Шнейдер В.Г., 1966]. В отличие от экзогенных психозов О.с. при шизофрении имеют тенденцию к редуцированию с утратой яркости галлюцинаторных переживаний и преобладанием в психопатологической структуре компонентов патологии мышления [Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давыдов И.В., 1971]. Попытка выделения психозов с О.с. в отдельную нозологическую форму (онейрофрения Медуны) не была поддержана большинством психиатров.

**Онейрофрения** *(греч. oneiros* – сон, сновидение, *phren* – ум, разум) [Meduna L.J., 1950]. Психотические состояния, выделенные из группы шизофрении и характеризующиеся острым началом заболевания, возможностью благоприятного исхода, хорошим терапевтическим эффектом при применении активных методов лечения. В клинической картине – расстройства восприятия, дереализация, нарушения «схемы тела», недостаточно ясное сознание, истинные галлюцинации.

В настоящее время нозологическая самостоятельность О. не признается.

**Ониомания** *(греч. onios* – покупаемый, *mania* – влечение, страсть, безумие). Непреодолимое влечение делать покупки, часто ненужные, без учета своих возможностей. Наблюдается при маниакальных состояниях.

**Ониризм** *(греч. oneiros* – сон, сновидение). См. *Режи онирический бред.*

**Ониродиния** *(ониро + греч. odyne* – боль). Расстройства сна, характеризующиеся возникновением мучительно-тягостно ярких сновидений, кошмаров.

Син.: сновидения мучительные.

**Онихалгия истерическая** *(греч. onyx* – ноготь, *algos* – боль). Разновидность болевого синдрома при истерии. Часто возникает там где когда-то был болез-

ненный процесс (панариций, паронихий).

**Онихотилломания** *(онихо + греч. tillo* – выдергивать, *mania* – страсть, безумие, влечение). Непреодолимое влечение, стремление разрушать свои ногтевые пластинки.

**Онихофагия** (*онихо + греч. phagein* – есть). Навязчивое обкусывание ногтей.

**Онихохейлофагия** *(онихо + греч. cheilos* – губа, *phagein* – есть). Навязчивое кусание ногтей и губ.

**Ономатолалия** *(греч. onoma* – имя, слово, *lalia* – речь, болтовня). Насильственное повторение больным отдельных слов.

**Ономатомания** *(онома + греч. mania* – страсть, влечение, безумие) [Charcot J.M., Magnan V.]. Навязчивое влечение запоминать имена, названия и другие слова.

**Ономатопоэтическая речь** *(онома + греч. poetika* – поэтическое искусство). Разновидность инфантильной речи, когда для обозначения предметов или живых существ используются символические мимические знаки или их звуковые признаки (например, собака – гав-гав и т.п.). Наблюдается иногда при истерическом пуэрилизме, шизофренической манерности.

**Опека.** Назначение специального лица или нескольких лиц для защиты прав и интересов психически больного, признанного недееспособным (см.

*Недееспособность).* Опекуны назначаются опекунским советом при районной администрации, который осуществляет контроль над их деятельностью, не допускает ущемления правовых и материальных интересов больного.

**Опиомания.** Опийная наркомания. Включает в себя опиокурение и опиофагию; при последней опий принимается внутрь в виде порошка, пилюль, настоя. Наркотическим действием обладают содержащиеся в головках мака Papaver somniferum алкалоиды фенантреновой группы (морфин, кодеин).

**Опистотонус** *(греч. opisthen* – сзади, назад, *tonos* – напряжение). Тоническое сокращение мышц спины и шеи с запрокидыванием головы, вытягиванием конечностей, иногда спастическим прижатием рук к груди. Наблюдается при лептоменингитах и столбняке (рефлекторный О., связанный с воздействием внешних раздражителей), при опухолях мозжечка и при истерии. Истерический О. является фазой большого истерического припадка (дуга истерическая), как правило носит психогенный характер, возникает в связи с аффективно окрашенными переживаниями.

**Опознания ложные** [Hagen F.W., 1837]. Расстройства индивидуального узнавания, то есть ошибочные опознания тех или иных объектов как конкретно «знакомых» или «незнакомых», при правильной их кате-

горизации. К О.л. относятся симптомы положительного и отрицательного двойников в рамках Капгра синдрома, Фреголи симптом, Курбона и Тюска бред интерметаморфозы. Наблюдаются при многих психических заболеваниях, однако в структуре некоторых из них приобретают специфические черты, например, стойкость и тесная связи с бредом и явлениями психического автоматизма при шизофрении, эпизодичность при острых экзогенно-органических психозах, неуклонная прогредиентность при сенильной деменции [Краснов В.Н., 1976].

**Оппенгейма синдром** [Oppenheim H., 1902]. Эксплозивный, пароксизмальный смех, сочетающийся с утратой тонуса мышц, недержанием мочи, нарушенным сознанием. Редкий вариант эпилептического припадка, обычно височного происхождения.

Син.: приступ смеха, смех эксплозивный.

**Опустошение динамическое** [Janzarik W., 1959]. Симптомокомплекс, характеризующийся потерей эмоциональной выразительности и инициативности, чувственной холодностью, малой доступностью контакту, отсутствием интересов, недостаточностью выдержанности и целенаправленности деятельности. Проявление шизофренического дефекта, в чистом виде наблюдается при простой форме шизофрении.

**Опьянение.** Состояние, возникающее вследствие

острой интоксикации нейротропными средствами и характеризующееся комплексом характерных психических, вегетативных и соматоневрологических расстройств. Б начальной стадии отмечается эйфория, которая сменяется нарастающим психическим возбуждением, а затем – торможением с явлениями оглушения.

**О. алкогольное** возникает вследствие употребления спиртных напитков. В соответствии с клиникой по тяжести психических нарушений различают 3 его стадии (степени). В О. I степени превалируют эйфория, легкое психомоторное возбуждение, снижение продуктивной мыслительной деятельности, ухудшение восприятия. Тяжелое О. протекает с резким угнетением всех функций организма и нарушением сознания вплоть до комы.

**О. алкогольное атипичное** чаще всего является осложненным, протекающим на патологической почве [Жислин С.Г., 1965] у психически больных, психопатических личностей, при наличии резидуально-органической патологии головного мозга. Резко усиливается какая-то одна группа симптомов, нарушается последовательность стадий О., появляются симптомы, не характерные для простого алкогольного О. Ориентировка в окружающем и в собственной личности не нарушена, переживания и поступки нередко связаны

с окружающей действительностью. Амнезии по выходе из алкогольного атипичного О. нет, однако воспоминания носят фрагментарный характер.

Син.: измененные формы О. [Жислин С.Г., 1965], О. осложненное [Wyss R., 1967].

**О. алкогольное патологическое** [Krafft-Ebing R., 1869]. Психотические формы алкогольного опьянения, отличающиеся от простого опьянения выраженными расстройствами сознания и отсутствием физических признаков опьянения. Расстройства сознания проявляются в нарушениях поведения и речи, своеобразных действиях и поступках, в отсутствии правильной ориентировки в окружающем, двигательном возбуждении, наличии бреда и галлюцинаций. Различают две основные формы О.а.п.: делирантную, для которой кроме зрительных галлюцинаций характерны бредовые идеи преследования и отношения, и эпилептоидную, отличающуюся резко возникающим двигательным возбуждением и сильным аффектом страха [Bonhoeffer K., 1906]. В отечественной судебной психиатрии принято разделение на эпилептоидную и параноидную формы алкогольного опьянения (параноидная форма соответствует делирантной в систематике K. Bonhoeffer).

В генезе патологического опьянения большую роль играют такие факторы, как резидуальная органиче-

ская патология головного мозга, а также астенизация организма в связи с переутомлением, недосыпанием, недоеданием, высокой температурой окружающей среды.

**О. астматоловое.** Возникает при приеме больших доз астматола. Характеризуется чрезвычайной яркостью восприятия, повышением остроты зрения, часто окружающие предметы окрашены в зеленый цвет.

**О. гашишное** характеризуется легким, беззаботным настроением, на фоне которого возникают расстройства восприятия пространства, объема окружающих предметов и цвета. При более тяжелой степени – иллюзии, деперсонализация и дереализация, фантастические грезы. При значительной передозировке развивается острый психоз, чаще всего протекающий с делириозным синдромом (см. *Делирий гашишный*.

**О. депрессивное алкогольное.** Выраженная гипотимия сочетается с нерезко выраженной психомоторной заторможенностью. Реальны суицидальные попытки. Вариант алкогольного атипичного О.

**О. кокаиновое.** Характеризуется эйфорией, явлениями психомоторного возбуждения (ускорение ассоциативных процессов, многоречивость, повышенное стремление к деятельности, гиперкинезия). При приеме значительной дозы кокаина появляются микроптические зрительные галлюцинации, расстройства схе-

мы тела, изменения сознания; при выраженной степени интоксикации развивается картина кокаинового делирия.

При О. легкой и средней степени через 2-3 часа, когда действие кокаина ослабевает, наступает слабость, дисфорически-раздражительное настроение. Характерна вегето-соматическая симптоматика – тремор, понижение тонуса, тахикардия.

**О. маниакальноподобное** [Фельдман Э.С., 1963]. Ажитированная форма алкогольного атипичного О. На первый план может выступать дурашливость, пуэрильность, склонность к неуместным шуткам. Нередко – гиперсексуальность. Иногда возбуждение носит характер стереотипных автоматизированных действий.

**О. мескалиновое.** Характеризуется зрительной гиперестезией, особенно к цвету, появлением ярких сценоподобных, полиморфных, калейдоскопически изменчивых зрительных галлюцинаций фантастического содержания, расстройств схемы тела.

**О. морфинное.** Уже в начале – эйфория, приятное чувство разливающегося по телу тепла, легкий зуд кожи, затем – ощущение покоя с положительно окрашенными и быстро меняющимися визуализированными представлениями, грезоподобными фантазиями при двигательной заторможенности. Характер-

на гиперемия кожи лица.

**О. наркоманическое.** Понятие обобщающее, недифференцированное. Возникает при употреблении наркотиков. Для большинства его видов характерно появление эйфории, отрешенности от окружающего, изменения самосознания, иллюзорных и галлюцинаторных переживаний.

**О. наркотическое.** Тяжелая степень О., характеризующаяся выраженным оглушением и последующей полной амнезией. Наблюдается при наркотизировании для производства хирургических операций в качестве начальной стадии общего наркоза или в виде кратковременного раушнаркоза.

**О. параноидное.** Характерны кататимные бредовые идеи, чаще всего ревности, подозрительное отношение к окружающим. Иногда – отдельные отрывочные идеи отношения, преследования. Возможны обманы слуха (иллюзии, элементарные слуховые галлюцинации). Вариант алкогольного атипичного О.

**О. с истерическими чертами** [Жислин С.Г., 1965]. Характерны театрализованное, с наигранным аффектом поведение, позерство с переходами от самовосхваления к самоуничижению, стремление представить себя не пьяным, а психически больным и соответственно строить свои поступки. Возможны легкие самоповреждения, демонстрация суицидальных

действий. Истерические моторные проявления (астазия-абазия, двигательная буря, истерические припадки, «рефлекс мнимой смерти»). Вариант алкогольного атипичного О.

**О. эпилептоидное.** Вариант алкогольного атипичного О. Характеризуется депрессивно-дисфорическим настроением и приступами двигательного возбуждения. В отличие от О. алкогольного патологического отсутствуют расстройства сознания.

Син.: О. с эксплозивностью.

**Опьянение сном** [Hudden H., 1905]. Неполное пробуждение, внезапно наступающее среди глубокого сна. Характеризуется аффективной окраской, неясным сознанием. Нередки агрессивные поступки. Играют роль конституциональное предрасположение, употребление алкоголя перед засыпанием («алкогольное опьянение сном»), глубокие переживания накануне сна («аффективное опьянение сном»), яркие образные кошмарные сновидения («сновидное опьянение сном»), чувство неудовольствия при пробуждении. Соответствует современным представлениям о просоночных состояниях патологических.

**Оральная фаза** (*лат. os, oris* – рот). Психоаналитический термин, используемый для обозначения начальной фазы нарцистической стадии формирования либидо, когда эротическое наслаждение ребенок по-

лучает, хватая инстинктивно губами различные предметы. Основной орган удовольствия – рот (сосание, затем кусание). Соответствует возрасту до года. См. *Либидо.*

**Оргазм** *(греч. orgao* – пылать страстью). Высшая степень эротического наслаждения, возникающая в момент завершения полового акта или других форм половой разрядки.

**Оргастичность.** Показатель, характеризующий состояние половой деятельности женщины и определяющийся отношением (в процентах) частоты наступления оргазма к общему числу имевших место за определенный период половых актов.

**Оргиастические состояния** *(греч. orgia* – обряд). Вид экстатических состояний, связанных с отправлением обрядовых действий, например, камланье шаманов, пляска дервишей и т.п.

**Ориентировка** *(лат. oriens* – восток). Сложная психическая функция, определяющая осознание собственной личности, непосредственной ситуации, пространственной локализации и текущих хронологических данных. Различают О. аллопсихическую (в окружающей обстановке), аутопсихическую (в собственной личности), соматопсихическую (осознание состояния собственного организма и происходящих в нем процессов), топологическую (осознание про-

странственных параметров обстановки), хронологическую (осознание временных критериев). При нарушении одного из этих параметров говорят о соответствующем виде дезориентировки. Кроме того, дезориентировка может быть бредовой (часто это двойная О.) и амнестической (при фиксационной амнезии).

**Ориентировка двойная.** Характеризуется одновременным сосуществованием правильных и ложных представлений. Наблюдается в структуре некоторых бредовых синдромов (особенно парафренных) и при некоторых формах нарушенного сознания (делирий, онейроид).

**Ортотонус** *(греч. orthos* – прямой, *tonos* – напряжение). Вынужденное положение тела с выпрямленным туловищем, разогнутыми и приведенными конечностями. Наблюдается *у* больных столбняком, при резком тоническом сокращении всех мышц туловища и конечностей.

**Осгуда–Гофштеттера методика полярных профилей** [Osgood Ch., 1952; Hofstatter R., 1952]. Экспериментально-психологическая методика для исследования личности по самооценке с помощью набора предлагаемых исследуемому полярно противоположных свойств личности. Методически близка к Осгуда методике семантического дифференциала, отличаясь от нее более узкой целенаправленностью, мо-

жет рассматриваться как ее частный вариант.

**Осгуда методика семантического дифференциала** [Osgood Ch., 1952]. Психологическая методика, первоначально предназначавшаяся для экспериментальных психолингвистических исследований, для измерения «прагматических значений» слов. Обследуемый оценивает предлагаемые ему понятия с помощью набора градуированных шкал, полярные точки которых представлены словами-антонимами. В последнее время методика используется в клинической психологии для характеристик самооценки личности (см. *Осгуда–Гофштеттера методика полярных профилей)* и присущей ей системы отношений, особенно при неврозах. Может сочетаться с применением проективных методик.

**Осипова проба** [Осипов В.П., 1923]. Одна из суггестивных проб на выявление делирия. В делириозном состоянии больной после внушения о том, что ему как будто вкладывают в кисть руки какой-то предмет и зажимают ее, утверждает, что ощущает этот предмет ладонью и пытается угадать, что же там находится.

**Особые состояния** [Гуревич М.О., 1936]. Расстройства сознания, отличающиеся от типичных сумеречных отсутствием последующей полной амнезии. Сознание сужено, но окружающее, хотя и искаженно, воспринимается. Сохраняется частичная ори-

ентировка во времени и месте. Характерны психосенсорные расстройства.

О.с. могут быть эквивалентом эпилептического припадка. К ним причисляется и аура, о которой сохраняются воспоминания.

**Остановка речи эпилептическая.** Пароксизмальное эпилептическое проявление, кратковременный эпизод мутизма, вызванный нейронными разрядами в нижней части роландовой области, реже – в дополнительной моторной зоне одного из полушарий. Внутренняя речь при этом не нарушается. Следует отличать от эпилептических афатических припадков [Gastaut H., 1975].

**Остроумова синдром** [Остроумов А.А., 1895]. Типичная форма психогенных дыхательных расстройств, наблюдающихся у больных неврозами и характеризующихся «голодом воздуха». В связи с этим, для преодоления ощущения дефицита воздуха, больные форсируют дыхательные движения, делают более глубокие вдохи, что приводит к искусственной гипервентиляции и появлению таких ощущений, как головокружение, тошнота и пугающая больного потребность во вдохе. Характерны мучительно переживаемое больным углубление вдоха при неполноценном выдохе, утрата непроизвольности дыхания, мысли о неполноценности дыхания, кислородном голодании,

чувство тревоги и страха смерти от удушья, депрессии [Карвасарский Б.Д., 1980]. Один из вариантов системных висцеральных нарушений (см. *Неврозы системные).*

**Отвлекаемость.** Нарушение внимания, его устойчивости. Характерно быстрое переключение внимания в связи с появлением новых внешних раздражителей или при возникновении случайных ассоциаций. Наблюдается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях.

**Отек мозга.** Увеличение объема головного мозга в результате своеобразных нарушений водно-солевого обмена. Клинически проявляется внутричерепным гипертензионным синдромом вследствие чрезмерного накопления воды в тканях головного и спинного мозга. Характерны общемозговые явления (головная боль, рвота, застойные соски зрительных нервов) и, при очаговом отеке, локальные симптомы. Наблюдается при черепно-мозговой травме, опухолях головного мозга, гиперинсоляции, нейроинфекциях. Возможны психотические состояния (см. *Фауста психозы).*

**Отелло синдром.** Бред ревности. Описан J. Todd и K. Dewhurst [1955]. Чаще всего проявляется в четвертой декаде жизни. Появляется подозрение в неверности супруга или супруги. Нередко поводом служит неадекватная интерпретация реального и весь-

ма банального эпизода супружеских взаимоотношений. Следуют настойчивые и длительные поиски доказательства измены, требования к партнеру по браку признать свою вину. Как доказательство неверности часто воспринимается отказ супруги или супруга от половой близости, что нередко связано с повышенной сексуальной активностью больного. Чаще болеют мужчины. Бредовой синдром носит характер параноического и может наблюдаться у алкоголиков, психопатических личностей, при шизофрении, эпилепсии, эндогенной депрессии.

**Отематома** *(греч. otos* – ухо, *haimatoma* – кровоизлияние). Кровоизлияние под нахрящницу ушной раковины с последующим воспалением хряща и деформацией уха. Возникновение О. связано с изменением обменных процессов в организме, витаминной недостаточностью, снижением реактивности, сопротивляемости, механической траматизацией. Чаще всего наблюдается при прогрессивном параличе и исходных состояниях шизофрении при длительном лежании на одном боку, при ушибе.

**Откликаемость.** Включение больным в собственную речевую продукцию слов и звуков из окружающего. Различают О. эхолалическую (первичную), при которой услышанные звуки, слова повторяются без изменения, и вторичную, сложную – эти слова и звуки не

только повторяются, но в речи больного содержится и ответ на них.

**Открытых дверей система.** Режим психиатрических стационаров, при котором свобода передвижения больного в здании лечебного учреждения и на прилегающей территории не ограничивается. Отсутствие замков на дверях компенсируется тщательным надзором персонала.

**Отреагирование.** Двигательная или речевая деятельность, снимающая психическую напряженность. Термин был предложен J. Breuer и S. Freud [1895] для обозначения процесса, при котором психическая травма и связанный с ней аффект находят выход в словах и действиях, результатом чего является устранение внутрипсихического напряжения. О. происходит при психотерапии – в гипнозе, катарзисе.

**Отсроченная реакция.** Целенаправленная поведенческая реакция, реализующаяся не сразу после воздействия стимула, а через некоторое время, с задержкой.

**Отчуждение чувств.** Проявление психического автоматизма. Больной испытывает чувство утраты контроля над своими эмоциями, возникающими и исчезающими в результате постороннего воздействия.

Син.: отчуждение эмоций.

**Отчуждение эмоций.** См. *Отчуждение чувств.*

**Офидиофобия** *(греч. ophidion* – змея, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь змей.

**Офтальмоплегия истерическая** *(греч. ophtalmos* – глаз, *plege* – удар, поражение, *hystera* – матка). Симптом, имитирующий истинную офтальмоплегию, однако мышцы глаза при этом не парализованы, автоматизированные движения глазных яблок сохранены и при отвлечении внимания больного явления О.и. исчезают. Такого же эффекта можно добиться гипнотическим внушением.

**Охлофобия** *(греч. ochlos* – толпа, *phobos* – страх). См. *Демофобия.*

**Оценка ремиссий при шизофрении.** [Серейский М.Я., 1939]. Предусматривает четыре типа лечебных ремиссий: А – отсутствуют признаки болезни, восстанавливается критическое отношение к перенесенному, социально-трудовая приспособленность не снижается; В – незначительно выраженные признаки психического дефекта и остаточная болезненная симптоматика существенно не мешают трудовой деятельности больного; С – выраженный психический дефект со снижением трудоспособности; Д – незначительное (так называемое внутрибольничное) улучшение.

**Очаг эпилептический.** Группа нейронов, участвующих в возникновении фокального эпилептического припадка. При распространенных или генерализую-

щихся припадках О.э. считаются те нейроны, с которых начался разряд. Наличие О.э. обнаруживается на ЭЭГ и вне припадка по наличию при соответствующих отведениях локальной эпилептической активности.

**Очаг эпилептогенный.** Локальное морфологическое поражение мозга (рубец, опухоль и т.д.), создающее вокруг перевозбуждение нейронов, то есть эпилептические очаги – один или несколько.

**«Очень ранее слабоумие»** *(лат. dementia praecocissma).* См. *Санте де Сантиса болезнь.*

**Ощущение.** Первая ступень познавательной деятельности человека. О. – отражение свойств предметов объективного мира, как внешней среды, так и собственного организма. Они возникают в результате воздействия предметов внешнего мира на органы чувств. О. представляют процесс чувственно-образного отражения предметов и явлений в единстве их свойств. На основе ощущений формируется процесс восприятия. Ощущения различают по модальности (зрительные, слуховые и т.д.). Три основных класса О.: экстероцептивные (дистантные и контактные); проприоцептивные или кинестетические; интероцептивные или органические. В генетическом аспекте H. Head разделял более древнюю протопатическую и более молодую эпикритическую чувствительность.

**Ощущение эпилептическое.** Элементарное чув-

ствительное проявление, возникающее без внешнего раздражителя и представляющее собой основное (часто начальное), а иногда и единственное проявление фокального эпилептического припадка при наличии эпилептического очага в сенсорной зоне коры. В соответствии с локализацией очага различают ощущения слуховые, зрительные, вкусовые, обонятельные, сомато-сенсорные, головокружения.

**О.э. вегетативное** возникает при локализации эпилептического очага в височно-инсуло-орбитальной области и носит характер дигестивных (сухость во рту, сжимание в горле, неприятное ощущение в эпигастрии, боли в животе), сердечных (тахикардия, повышенная возбудимость сердца), респираторных (покалывание в гортани, чувство удушья), вазомоторных (ощущение жара, холода) ощущений.

**О.э. генерализованное соматическое** захватывает все тело, особенно конечности. Характерно для локализации очага в височной доле, средней лобной области, вторичном или добавочном чувствительном поле. Описывается больными как чувство тяжести, слабости, стягивания, холода и т.п.

**О.э. головы** наблюдается при локализации очага в височной доле, нижней роландовой области, добавочном или вторичном чувствительном поле. Характеризуется как чувство тяжести, пустоты в голове, стя-

гивания ее и т.д.

# П

**Павлова симптом.** Находящийся в состоянии кататонического ступора больной не выполняет инструкций и остается мутичным при обращении к нему обычным или громким голосом, но выполняет просьбу врача и отвечает на вопросы, заданные тихим голосом или шепотом. И.П. Павлову принадлежит патофизиологическая трактовка этого симптома как проявления ультрапарадоксальной фазы в коре головного мозга у больных шизофренией.

**Павлова теория** [Павлов И.П.]. Теория высшей нервной деятельности. Психические процессы изучаются с детерминистических материалистических позиций в связи с концепцией условных рефлексов. Для психиатрии особое значение приобрели разработанные школой Павлова положения о двух сигнальных системах, о динамической локализации функций, материалы изучения гипноидно-фазовых состояний в коре большого мозга и взаимоотношений между основными нервными процессами, исследование экспериментальных неврозов. Принцип динамической локализации функций лег в основу разработанной советскими психологами и нейрофизиологами концепции функциональных систем в головном мозге [Леон-

тьев А.П., Лурия А.Р., Анохин П.К.].

П.т. сыграла значительную роль в изучении патофизиологических механизмов ряда важных психопатологических проявлений – кататонических симптомов, бреда, маниакальных и депрессивных состояний [Иванов-Смоленский А.Г., Протопопов В.П., Чистович А.С.].

В работах Павлова были раскрыты механизмы истерического, навязчивого и параноического симптомообразования.

Разработанный Павловым совместно с С.П. Боткиным принцип нервизма сыграл свою роль в развитии теории и практики отечественной медицины.

Концепция Павлова о сне как о разлитом торможении, имеющем охранительное значение для деятельности центральной нервной системы, послужила основой разработки методов лечения нервно-психических и соматических заболеваний – лечение сном (медикаментозным и электросном), психотерапии, в первую очередь – гипнотерапии.

В отечественной психологии и психиатрии широко используется разработанная Павловым типология высшей нервной деятельности.

**Пажизм** *(фр. page* – паж, в средние века юноша дворянской фамилии, состоявший в качестве личного слуги при знатной особе). Проявление мазохизма,

половое удовлетворение от роли слуги, пажа.

Син.: сервилизм.

**Палеофрения** *(греч. palaios* – древний, *phren* – ум, разум) [Pierson, 1955]. Попытка выделения в качестве самостоятельной нозологической формы психозов, проявляющихся в импульсивных реакциях с выраженными антисоциальными, криминальными тенденциями и совершаемыми в силу этого особенно жестокими преступлениями. Отмечается у народов экономически отсталых стран, находившихся длительное время в колониальной зависимости (Марокко). Концепция Pierson близка к теории первобытного «дологического» мышления L. Levy-Bruhl [1930], якобы присущего первобытным и нецивилизованным народам, однако, в отличие от последней, при ней речь идет о глубинных инстинктах, о чувственной сфере, будто бы мало изменяющейся со времен глубокой старины, о скрытых «подземных» архетипах (см. *Юнга аналитическая психология).* Концепция палеофрении, утверждающая, что нецивилизованным народам в силу их глубинной психологической структуры присуще, иногда даже несмотря на приобретенный внешний лоск, презрение к человеческой жизни и полное отсутствие сознания совершенного преступления, полностью игнорирует социально-экономические факторы жизни этих народов, является биоло-

гизаторски-расистской. Она клинически недостоверна и методологически неприемлема для отечественных психиатров. Так же, как и теория L. Levy-Bruhl, она не объясняет, почему в развитии психической деятельности современного человека возможен провал в стадию присущей первобытному человеку аффективной сферы.

**Палилалия** *(греч. palin* – вновь, опять, снова, *lalia* – речь) [Brissaud E., 1899; Souques M.A., 1908; Pick A., 1921]. Стереотипное многократное повторение одного и того же слова или двух-трех слов, часто в нарастающем темпе. Отличается от персеверации тем, что повторяются слова независимо от их положения в фразе, а также тем, что повторяемые слова не всегда тождественны прототипу. В процессе палилалического повторения слов звучность голоса может убывать, и тогда наблюдается афоническая П.

Является выражением стриарной патологии, может наблюдаться в структуре постэнцефалитического паркинсонизма, псевдобульбарного синдрома. Типичный симптом картины распада речи при болезни Пика.

**Палилалия эпилептическая.** См. *Припадок палилалии эпилептический.*

**Палимпсест алкогольный** *(греч. palimpsestos* – вновь соскобленный) [Bonhoeffer K., 1901]. Симптом,

характеризующийся неспособностью воспроизводить отдельные детали, эпизоды, подробности, относящиеся к периоду алкогольной интоксикации. Появление П. [Пятницкая И.Н., 1966] – признак систематического злоупотребления алкогольными напитками, предшествующий появлению амнестических форм алкогольного опьянения. П. обнаруживаются в начальной стадии алкоголизма, тогда как амнезии появляются на фоне уже сформировавшегося синдрома физической зависимости. Первоначально этот термин в психиатрии и криминологии был применен C. Lombroso в 1899 г. в переносном смысле для обозначения давно стертых надписей в местах заключения, прочтение которых может якобы дать возможность проникнуть в психологию заключенных.

П. – в древности и в раннем средневековье рукопись, написанная на пергаменте по смытому или счищенному первичному тексту. Сквозь новый текст П. иногда проступает прежний.

**Палингенез** *(палин + греч. -genes* – порождающий). Бред, воспроизводящий картины каких-либо этапов прошлой жизни больного (П. в биологии – повторение в онтогенезе филогенетических качеств). Бред, близкий к метемпсихотическому, то есть в фабуле которого фигурирует переселение в прошлом души в разные существа и неживые предметы.

Син.: палинбиоз.

**Палинграфия** *(палин + греч. grapho* – писать). Расстройство письменной речи в виде многократного повторения слов или коротких фраз. Проявление в письме палилалии. Эти симптомы часто сочетаются при поражении стриарной системы головного мозга. Наблюдается при постэнцефалитическом паркинсонизме, псевдобульбарном синдроме, болезни Пика.

**Палинергия** *(греч. palin* – вновь, опять, снова, *ergon* – работа) (Гиляровский В.А., 1931]. Многократное бессмысленное повторение одних и тех же сложных движений и действий. Наблюдается при болезни Пика.

Син.: двигательные итерации *(лат. iteratio* – повторение).

**Палинкинезия** *(палин + греч. kinesis* – движение). Расстройство моторики в виде многократного повторения одного и того же движения, жеста. Проявление двигательной стереотипии.

**Палинмнезия** *(греч. palin* – вновь, опять, снова, *mnesis* – воспоминание, память). Восстановление в памяти больного событий, ранее подвергшихся амнезии.

**Палинопсия** *(палин + греч. opsis* – зрение). Нарушение зрительного восприятия. Зрительный образ увиденного предмета сохраняется или повторно воз-

никает после краткого перерыва, хотя сам объект из поля зрения больного исчез.

**Палинпраксия** (*палин + греч. praxis* – дело, действие). См. *Палинергия.*

**Палланестезия** *(греч. pallo* – дрожать, трясти, *an* – отрицание, *aisthesis* – чувство, ощущение). Нарушение восприятия вибрации предметов, наблюдается при спинной сухотке.

**Паллестезия.** Вибрационная чувствительность, вид проприоцепции.

**Паллиативный** *(лат. pallio* – прикрывать, сглаживать, *фр. palliatiff* – паллиатив, полумера). Имеющий характер полумеры, приносящий лишь временное облегчение, ослабляющий проявления болезни, но не излечивающий ее.

**Пальпеброспекция** *(лат. palpebra* – веко, *spectratio* – смотрение, глядение) [Завилянская Л.И., 1987]. Психотерапевтический прием, дополняющий аутогенную тренировку и заключающийся в вызывании элементарных зрительных ощущений типа фотопсий при дозированном надавливании на глазные яблоки при закрытых глазах и сосредоточении на этом внимания пациента. В описании полученных таким образом зрительных восприятий учитывается фон (его цвет, изменчивость, зависимость интенсивности зрительных ощущений от яркости цвета, проникаю-

щего через сомкнутые веки, появление калейдоскопических узоров, положительная аффективная значимость восприятия). П. имеет значение успокаюшего воздействия и может использоваться для коррекции эмоционального состояния при невротических состояниях и декомпенсации акцентуаций характера.

**Память.** Способность организации и сохранения прошлого жизненного опыта, позволяющая его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания. П. осуществляет связь времен – прошлого, настоящего и будущего и является важной психической функцией, обеспечивающей развитие индивидуума и его обучение. Основные процессы П. – запоминание, удержание, воспроизведение, забывание. Характеристика П. и ее расстройств имеет важное диагностическое значение и в значительной мере определяет возможности социально-трудовой реабилитации, особенно при органических заболеваниях головного мозга.

**П. ассоциативная** характеризуется тем, что элементы запоминаемого связываются между собой ассоциативно (См. *Ассоциации).*

**П. двигательная.** Ее объект – движения, их координация и последовательность. В значительной мере является автоматизированной.

**П. долговременная** обеспечивает длительное

удержание знаний (часы, годы, иногда десятилетия). Относится также к умениям и навыкам. Характеризуется значительным объемом удерживаемой информации. Для перевода запоминаемого материала в П.д. необходима его осмысленная интерпретация.

**П. зрительная.** Вид, модальность П., связанной с деятельностью зрительного анализатора. Может носить характер наиболее выраженной, по сравнению с другими видами П.

**П. кратковременная** обеспечивает оперативное удержание и преобразование материала, необходимого в процессе непосредственной деятельности. Перевод запоминаемого из сенсорной сферы в П.к. осуществляется благодаря функции активного внимания. Продолжительность удержания информации не превышает десятков минут.

Син.: П. оперативная.

**П. логическая** построена на логически-смысловой (причинно-следственной) связи между запоминаемыми элементами.

Син.: П. смысловая.

**П. механическая** направлена на запоминание не связанных между собой ассоциативно или в логически-смысловом отношении элементов.

Син.: П. непосредственная.

**П. непосредственная.** См. *П. механическая.*

**П. непроизвольная.** Запоминаемый материал фиксируется в памяти вне участия произвольного внимания.

**П. образная** характеризуется преимущественной направленностью на определенные образы (зрительные, слуховые, тактильные и др.).

**П. оперативная.** См. *П. кратковременная.*

**П. опосредованная** включает в себя П. ассоциативную и логическую.

**П. панорамическая** *(греч. pan* – всё, *horama* – вид, зрелище). Характеризуется быстрым течением насильственных воспоминаний, в которых за короткое время, в ускоренном темпе больной как бы заново переживает продолжительные периоды своей жизни. Наблюдается при височной эпилепсии в сочетании с обонятельными и вкусовыми галлюцинациями и сноподобными состояниями.

**П. произвольная.** Процесс запоминания осуществляется целенаправленно, при участии активного внимания. Ср.: П. непроизвольная.

**П. словесная** направлена на запоминание слов. Иногда термин употребляется в смысле доминирования этой модальности П. над другими.

**П. слуховая** направлена на запоминание звуков (музыки, шумов и т.д.).

**П. смысловая.** См. *П. логическая.*

**П. эмоциональная.** В запоминании того или иного материала важную роль играют чувства, эмоции, аффективная значимость. См. *Закон Рибо.*

**Паналгия** *(греч. pan* – всё, *algos* – боль). Ощущение боли во всем теле.

**Панацея** *(лат. panacea* – по имени древнегреческой богини Панакии всеисцеляющей). Универсальное лекарство, исцеляющее от всех болезнен, поиском которого в средние века занимались алхимики. Термин употребляется в переносном смысле, в образном значении, когда хотят подчеркнуть заранее заданную обреченность на неуспех какого-либо средства, претендующего на универсальный лечебный эффект.

**Панневроз** *(греч. pan* – всё + *невроз)* [Hoch P., Polatin P., 1948]. Форма псевдоневротического течения шизофрении, для которой характерно одновременное сосуществование навязчивых, истерически-конверсионных и вегетоневротических симптомов, появляющихся одновременно с выраженным страхом уже в начале заболевания. Преморбидно больные отличаются аутистическими особенностями личности. В течении заболевания возможны психотические эпизоды («микропсихозы»), в картине которых наблюдаются ипохондрические идеи, идеи воздействия, явления деперсонализации.

**Панплегия** *(пан + греч. plegos* – удар, поражение). Паралич всех мышц тела вследствие органического поражения головного мозга или интоксикации (нарколептические и катаплектические приступы, укус некоторых ядовитых змей).

**Пантомимика** (*пан(то)* + *греч. mimikos* – подражательный). Совокупность выразительных движений лица, головы, конечностей и туловища, сопровождающих речь и эмоции. Ассоциативная связь П. с мышлением и аффективностью лежит и основе использования мимико-жестовой речи для общения глухонемых.

**Пантофагия** *(пан(то)* + *греч. phagein* – есть, пожирать). См. *Эврифагия.*

**Пантофобия** *(пан(то)* + *греч. phobos* – страх). Навязчивое состояние, боязнь всего, что может произойти – любых событий, действий больного и окружающих, каких бы то ни было изменений внешней и внутренней среды, боязнь всего вокруг.

Син.: панфобия, панофобия.

**Парабулия** *(греч. para* – рядом, вблизи, отклонение от чего-либо, *bule* – воля). Извращение волевой активности, сопровождающееся соответствующей деятельностью – негативизмом, импульсивностью, вычурностью и т.д.

**Парагевзия** *(пара* + *греч. geusus* – вкус). Извращение вкусовой чувствительности, появление вкусовых

ощущений при отсутствии соответствующего раздражителя. Наблюдается при поражении центрального отдела вкусового анализатора в коре головного мозга (оперкулярная область и гиппокамп) или проводящих путей вкусовой чувствительности.

**Парагномен** *(пара + греч. gnoma* – признак, знак) [Brzezicki E., 1950]. Неожиданный, нехарактерный для данного больного с присущими ему до заболевания особенностями поведения болезненный поступок. Может быть первым проявлением, продромальным признаком шизофренического процесса. Симптом имеет существенное значение для судебно-психиатрической практики, когда наблюдаются случаи совершения преступления, не мотивируемого бредовыми переживаниями, аффективными сдвигами, не обусловленного жизненной ситуацией. В этом плане П. совпадает с понятием «инициальный деликт» E. Stransky.

Син.: Бжезицкого симптом, Бжезицкого феномен.

**Параграфия** *(пара + греч. grapho* – писать). Расстройство письменной речи, аналогичное парафазии в устной. Проявляется неправильным написанием отдельных слов или букв, заменой одних букв другими.

**Парадоксия** *(греч. paradoxos* – неожиданный, странный). Патологическая половая активность, наступающая либо преждевременно, до пубертатного

периода (например, мастурбация у трехлетнего ребенка, коитус в семилетнем возрасте), либо в старческом возрасте. Детская П. часто связана с патологической наследственностью или примером взрослых, но может быть и проявлением опухоли гипофиза или гипоталамуса с преждевременным половым созреванием и макрогенитосомией. Сенильная П. обычно является признаком деменции, при этом часто оживлению либидо не соответствуют физические возможности.

**Паразитофобия** *(греч. parasitos* – нахлебник, *phobos* – страх). 1. Навязчивый страх, боязнь насекомых-паразитов (блох, клопов и т.д.). 2. [Jarosz M., 1959]. Навязчивый страх заболеть паразитарным кожным заболеванием.

**Паракинез** *(пара + греч. kinesis* – движение). Форма гиперкинеза, характеризующегося сложными непроизвольными координированными, внешне напоминающими целенаправленные, движениями. Эти действия, движения не поддаются контролю со стороны больного. Наблюдается при поражении коры лобных отделов (чаще правого полушария) головного мозга.

**Паралексия** *(пара + греч. lexis* – речь, слово). Нарушение речи, появление при чтении искажений и замен слов – литеральных и вербальных П., аналогич-

ных литеральным и вербальным парафазиям в спонтанной устной речи.

**Параламбдацизм** (*пара* + греч. буква *ламбда,* обозначающая звук «Л»). Дефект речи, замена буквы «Л» другими (р, в).

**Паралипофобия** (*греч. paraleipo* – пренебрегать, *phobos* – страх) [Zihen Th.]. Навязчивый страх, боязнь, что беспечные и ошибочные действия больного могут причинить вред его близким родственникам.

**Паралитическая триада.** Совокупность основных признаков в клинике прогрессивного паралича: дизартрия, синдром Аргайлла Робертсона и тотальная деменция.

**Паралич** (*греч. paralyo* – развязывать, расслаблять). Нарушение двигательной функции, полное отсутствие произвольных движений вследствие нарушения иннервации соответствующих мышц. Различают П. центральные, обусловленные поражением центральных двигательных нейронов, характеризующиеся повышением мышечного тонуса и сухожильной гиперрефлексией, патологическими рефлексами и синкинезиями, исчезновением кожных рефлексов (син. П. пирамидный, П. спастический) и периферические, обусловленные поражением передних рогов спинного мозга, передних корешков спинного мозга и (или) спинномозговых нервов, а также двигательных череп-

ных нервов и (или) их ядер и характеризующиеся атрофией и атонией мышц, арефлексией (Син.: П. атонический, П. атрофический, П. вялый).

В клинике истерии наблюдаются П. функциональные (истерические), характеризующиеся отсутствием объективных симптомов органического П.

Типичные признаки истерического П.: отсутствие патологических рефлексов, нормальные, а иногда повышенные глубокие рефлексы, сниженный или нормальный мышечный тонус, отсутствие мышечной атрофии (за исключением многомесячных расстройств), нормальная функция парализованной конечности при отвлечении внимания больного, активное сопротивление при пассивных движениях, локализация П. не соответствует физиологии и др. [Jakubik A., 1979].

**П. бульварный.** Синдром поражения каудального отдела продолговатого мозга. Симптоматика обусловлена поражением ядер IX, X, XI и XII черепно-мозговых нервов, проводящих путей (двигательных, симпатических, чувствительных) и сетчатой субстанции. Включает дисфагию, дисфонию, дизартрию, нарушения дыхания, кровообращения, выпадение бульбарных рефлексов (глоточного, небного, чихательного), атрофии и мышечные подергивания языка. Остро развивающийся грубый П.б. приводит к смерти в

связи с дыхательными и сердечными расстройствами. Наблюдается при нарушении мозгового кровообращения в бассейне позвоночной и основной артерий, опухолях, сирингобульбии, боковом амиотрофическом склерозе и др. Возможно одностороннее поражение.

**П. детский церебральный.** Заболевание, характеризующееся разнообразными двигательными нарушениями (параличами, дискоординированными и избыточными непроизвольными движениями) в сочетании с расстройствами психики (умственная отсталость, задержки речевого развития, повышенная эмоциональная возбудимость), иногда – с эпилептиформными припадками. Следствие органического поражения головного мозга во внутриутробном периоде, во время родов или в первые месяцы жизни. Отсутствует тенденция к прогрессированию симптоматики, часто отмечается положительная динамика, происходит восстановление нарушенных функций.

**П. послеприпадочный** [Todd R., 1856]. Преходящие гемиплегии или гемипарезы, возникающие главным образом после односторонних эпилептических припадков и объясняющиеся временным истощением нейронов, в которых происходил разряд.

**П. прогрессивный** [Bayle A., 1822]. Поздний сифилитический психоз. Возникает через 10-15 лет по-

сле перепесенного сифилиса, чаще всего в возрасте 40-50 лет. При отсутствии своевременного лечения через марантическую стадию приводит к смерти. Сифилитическая природа заболевания была окончательно доказана исследованиями H. Noguchi [1911], обнаружившего в головном мозге больных бледную спирохету. Патологоанатомически – дегенеративно-атрофические изменения нервной ткани, воспалительные изменения в оболочках и сосудах головного мозга, пролиферативная реакция со стороны глин. В генезе заболевания подчеркивается особая роль серорезистентных случаев раннего нейросифилиса. Формы течения: простая (дементная), экспансивная, припадочная, депрессивная, циркулярная, параноидная, ажитированная, лиссауэровская, корсаковская (с амнестически-парамнестическим синдромом), ювенильная (начало в возрасте 10-15 лет в связи с врожденным сифилисом).

Терапия прогрессивного паралича методом J. Wagner-Jauregg и его многочисленными вариантами и комбинациями с другими пирогенными средствами и антибиотиками существенно изменила прогноз при этом ранее считавшемся неизлечимым заболевании.

**П. псевдобульбарный.** Возникает вследствие двустороннего поражения кортиконуклеарных путей, чаще в области внутренней капсулы или подкорковых

узлов. Включает в себя дизартрию, дисфагию, иногда – расстройство фонации, дыхания и мимики. От П. бульварного отличается отсутствием атрофии, мышечных подергиваний, появлением рефлексов орального автоматизма, сохранностью оральных рефлексов, появлением насильственного плача, смеха. Наблюдается при церебральном атеросклерозе, двусторонних очагах сосудистой природы, прогрессивном параличе, боковом амиотрофическом склерозе и др. Прогноз более благоприятный, чем при П. бульбарном.

**П. стационарный** (лат. stationarius – стоящий, неподвижный). Атипичная малопрогредиентная форма прогрессивного паралича с хроническим многолетним течением. Деменция даже без лечения не достигает большой выраженности.

**П. ювенильный** (*лат. juvenilis* – юношеский). Юношеская форма прогрессивного паралича. Проявление врожденного или приобретенного в раннем детстве сифилиса. Начало в возрасте 10-15 лет. Протекает по типу дементной формы, часто присоединяются эпилептиформные припадки, парезы, параличи, поражения мозжечка (атаксия), эндокринная патология (карликовость, ожирение). Течение относительно медленное. При отсутствии лечения смерть наступает через 5-8 лет.

**Паралогия** *(греч. paralogos* – противный разуму, неразумный). См. *Мышление паралогическое.*

**Парамимия** *(пара + греч. mimia* – подражание). Извращение мимических выразительных проявлений, их несоответствие эмоциям больного или переживаемой ситуации.

**Парамнезии** *(пара + греч. mnesis* – память) [Kraepelin E., 1886]. Вид расстройств памяти, извращение памяти. Различались простые парамнезии, к которым относились конфабуляции, псевдореминисценции, фантазмы больных прогрессивным параличом; ассоциированные парамнезии, связанные с бредовыми и галлюцинаторными переживаниями, например, у больных шизофренией, у лиц, перенесших алкогольные психозы; идентифицирующие парамнезии, включающие в себя двойные ощущения (феномены «уже виденного», «уже пережитого», «уже испытанного»). К идентифицирующим парамнезиям относят и описанную позже A. Pick редуплицирующую парамнезию [Schneider K., 1928].

**Парамнезия редуплицирующая** *(лат. reduplico –* снова удваивать) [Pick A., 1901 ]. Феномен удваивания переживаний обыденной жизни. Одни и те же события происходят как бы по нескольку раз. Больному кажется, что он уже лежал в такой же, подругой больнице, видел другого, но такого же врача, которого и звали

так же. Характерно то, что фигурирующие в ложных воспоминаниях прежние переживания являются такими же, но не совсем теми, что теперь. Это отличает П.р. от феномена «уже виденного».

При П.р. страдает логически-смысловая память и преобладает относительно сохранная чувственно-образная память. Непосредственные воспоминания распадаются на фрагменты, из которых последующие воспринимаются как повторение предыдущих.

Наблюдается при грубых органических поражениях головного мозга (пресбиофрения, прогрессивный паралич, Корсакова синдром) различной этиологии.

**Парамузия** *(пара + греч. musa* – музыка). Разновидность амузии, при которой утрачивается способность определять высоту музыкальных тонов, интервалы между ними, характер звукосочетаний.

**Паранестезия** *(пара + греч. an* – отрицание, *aisthesis* – чувство, ощущение). Отсутствие чувствительности в симметричных участках тела, чаще в области конечностей.

**Параноид** *(пара + греч. noeo* – воспринимать, мыслить, *–eides* – подобный). Психопатологический синдром, характеризующийся первичным или образным бредом, часто в сочетании со слуховыми галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, явлениями психического автоматизма.

Син.: синдром параноидный, параноидное состояние.

**П. алкогольный.** Острый алкогольный психоз, развивающийся чаще всего при алкоголизме II-III стадии. Характерны бред преследования, аффект тревоги, страха, двигательное возбуждение, импульсивные поступки.

**П. алкогольный острейший** [Позднякова С.П., 1978]. Форма острого скоропреходящего алкогольного П., характеризующегося стремительным развитием в короткий срок, критическим выходом из психоза, отсутствием стойких резидуальных явлений, Развивается в периоды обострения алкоголизма, при массивной алкоголизации и, нередко, с участием психогенных и соматогенных факторов. Характерны аффект страха, чувственный бред преследования, идеи особого значения, рудиментарные идеи физического воздействия. Бред несистематизирован, конкретен. Длительность психоза – от нескольких часов до 2-2,5 дней. Наблюдается преимущественно в судебно-психиатрической практике.

**П. внешней обстановки** [Жислин С.Г., 1940]. Острые П., возникающие при компликации незначительных, взятых в отдельности, ситуационных вредностей и нерезко выраженной экзогении. Рассматриваются как реакция патологически измененной почвы. В ге-

незе – важная роль астении (переутомление, перенесенные телесные заболевания, лишения сна, употребление алкогольных напитков). Характерны бред преследования, аффект страха.

Часто возникает в особых условиях (в дороге, иноязычном окружении и т.д.). Отсюда прежнее название – железнодорожный П.

Син.: П. ситуационный.

**П. малого размаха.** Характеризуется бредовыми идеями ущерба, преследования, отравления, обкрадывания, распространяющимися на лиц, непосредственно окружающих больного – родственников, близких, соседей. Наблюдается при бредовых психозах позднего возраста.

**П. острый.** Остро возникающий транзиторный бред преследования, обычно близкий к конкретной ситуации по содержанию, с наличием вербальных иллюзий, галлюцинаций, аффектом тревоги, страха. Причины различны, но чаще всего речь идет о компликации нескольких патогенных факторов. Разновидностью П.о. можно считать и П. внешней обстановки. В ряде случаев симптоматикой П.о. дебютирует параноидная шизофрения, особенно при наличии соматического неблагополучия, интеркуррентной инфекции (например, манифестация параноидной шизофрении в связи с гриппозной инфекцией).

**П. психогенный.** Разновидность реактивного психоза. Чистый параноид встречается редко, чаще наблюдается галлюцинаторно-параноидные состояния, при этом, как правило, в психопатологической симптоматике отражаются психогенно-травматическая ситуация и выраженный аффект страха, играющий важную роль в патогенезе. Характерны острое начало, наличие недостаточно ясного, приближающегося к сноподобному [Бунеев А.Н., 1946], сознания, персекуторный характер бреда, обильные слуховые и зрительные галлюцинации. Нередки явления индуцированного синдрома Кандинского–Клерамбо [Иммерман К.Л., 1961].

Син.: П. реактивный.

**Паранойя** (*пара* + *греч. поео* – воспринимать, мыслить). Выделена K. Kahlbaum [1863] в качестве душевного расстройства с преимущественными нарушениями рассудочной деятельности. Паранойяльный бред является систематизированным, в его построении играет важную роль неверная интерпретация реальных фактов. E. Kraepelin [1912, 1915], выделявший П. как самостоятельную нозологическую форму, вскоре сузил ее рамки, исключив из П. случаи парафрении и выделив психогенное кверулянтское бредообразование. K. Birnbaum [1915] и E. Kretschmer [1918] рассматривали П. уже только в плане психогенной

патологии, в клинике которой находят отражение такие факторы, как предиспозиции характера, психогенно травмирующая среда и наличие ключевых переживаний. П.Б. Ганнушкин [1914, 1933] различал паранойяльное симптомообразование у психопатических личностей и обозначал его как параноическое развитие наряду со случаями паранойяльного симптомообразования в рамках процессуальной патологии, главным образом вялотекущей шизофрении. Эта точка зрения является преобладающей и в настоящее время – выделяются параноическое развитие у психопатических личностей и паранойяльный вариант (стабильный, длительный) атипично протекающей параноидной шизофрении. При шизофрении же можно говорить о паранойяльном (преходящем) этапе бредообразования, предшествующем параноидному.

**П. алкогольная.** Хронический бредовой психоз, развивающийся у больных алкоголизмом. В большинстве случаев – систематизированный бред ревности, иногда – связанные с ним идеи преследования. Этиопатогенез сложен – речь идет о психогенном параноическом бредообразовании на почве алкогольной энцефалопатии.

**П. борьбы.** Устаревший термин, соответствующий представлениям о параноическом развитии, протекающем с повышенной активностью и фанатизмом и на-

правленном на защиту мнимо попираемых прав.

**П. желания.** Устаревший термин: применялся для обозначения систематизированного бреда помилования, изобретения или любовно-эротического (эротоманического).

**П. инволюционная** [Kleist K., 1912]. Психоз, характеризующийся преимущественно систематизированным бредом и возникающий у женщин в возрасте климакса, между 40 и 50 годами. Характерны острое начало и длительное стационарное течение психических расстройств. Отмечалась конституциональная природа заболевания (гипопараноическая конституция). В преморбиде – психопатические черты характера. K. Kleist относил П.и. к группе конституциональных аутохтонных психозов с непрогредиентным течением.

**П. ипохондрическая.** Систематизированный ипохондрический бред, обычно начинающийся со стадии сенестопатий, на фоне которых возникают бредовые интерпретации.

**П. острая** [Westphal C., 1876]. Острые психозы, протекающие с галлюцинаторно-бредовой, а также ступорозной симптоматикой. П.Б. Ганнушкин [1904] показал, что П.о. является сборным понятием, симптомо-комплексом, а не нозологической формой.

**П. острая экспансивная.** Рассматривалась как ва-

риант острой паранойи, в клинической картине которой преобладают мегаломанические бредовые идеи (изобретательства, величия, могущества или религиозного содержания).

**П. персекуторная** *(лат. persecutor* – преследователь). Систематизированный интерпретативный бред преследования.

**П. сенситивная.** См. *Бред отношения сенситивный.*

**П. совести.** Систематизированный бред виновности, самообвинения, характерный для депрессивных состояний.

**П. суггестивно-бредовая** [Бехтерев В.М., 1910]. Вариант паранойи, характеризующийся преимущественным преобладанием в клинической картине описанного В.М. Бехтеревым в 1905 г. бреда гипнотического очарования.

**П. сутяжная.** Разновидность П. борьбы, при которой особой выраженности достигает сутяжное поведение.

**П. хроническая** [Berger H., 1913]. Заболевание, характеризующееся паранойяльным бредом и возникающее в инволюционном возрасте. Несмотря на хроническое течение, не ведет к образованию слабоумия. Одно из названий инволюционной паранойи (ср.: Клейста инволюционная паранойя).

**Параонимия** *(пара + греч. onyma* – имя). Присвоение себе больным чужого имени, но этот феномен может наблюдаться у психически здоровых в криминальной практике (следует отличать от кличек). В некоторых случаях называется совершенно выдуманное имя, в других, чаще всего из бредовых побуждений, имя какого-либо значительного лица, исторического или литературного героя.

**Парапарез** *(пара + греч. paresis* – ослабление). Парез обеих рук (верхний П.) или обеих ног (нижний П.).

**Параплегия** *(греч. para* – около, рядом, отклонение от чего-либо, *plege* – удар, поражение). Паралич обеих рук (верхняя П.) или обеих ног (нижняя П.).

**Парапраксия** *(пара + греч. praxis* – деятельность) [Перельман А.А., 1963]. Объединение всех проявлений неадекватности поведения больных шизофренией по отношению к внешним раздражителям: неадекватные, манерные, нередко импульсивные действия, негативизм, амбитендентность, парамимия, такие двигательные проявления, как мимоговорение, симптом последнего слова, неадекватная манерность речи. Рассматривается как проявление нарушения единства, цельности психики при шизофрении, ее расщепления. В патофизиологической трактовке большое значение придается наличию ультрапарадоксальной фазы. В генезе П. предполагает-

ся важная роль нарушений деятельности акцептора результатов действия [Блейхер В.М., 1983].

**Парапсихология** *(пара + психология).* Направление, утверждающее возможность форм восприятия, не связанных с деятельностью известных органов чувств. Такого рода экстрасенсорное восприятие, а также опыты по воздействию живого вещества, психической деятельности на физические явления вне организма (телекинез) при тщательно контролируемом проведении исследований не подтверждаются и не воспроизводятся при попытке повторить их в более строгих условиях. Нередко так называемые парапсихологические феномены оказываются результатом обмана, мистификаций. Каких-либо научных доказательств их существования до сих пор не обнаружено.

**Парасигматизм** *(пара* + греч. буква *сигма,* обозначающая звук «С»). Дефект речи, при котором звук «С» заменяется другими.

**Парасимболия** *(пара + греч. symbolon* – знак) [Бехтерев В.М., 1909]. Расстройство речи, включающее в себя парафазии и параграфии. Описано после инсульта с локализацией поражения в левой височной доле, при явлениях сенсорной афазии.

**Парасимпатикотония** *(анат. pars parasympathica* – парасимпатическая часть, *греч. tones* – напряжение,

тонус). Преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Син.: ваготония.

**Парасомния** (*пара + греч. somnus* – сон). Общее название нарушений сна.

**Паратимия** (*пара + греч. thymos* – настроение, чувство). Несоответствие аффективных проявлений вызвавшей их причине, ситуации, содержанию сознания в это время: например, плач при радостном известии. П. бредовая – несоответствие содержания бреда эмоциональному фону, например, мегаломанический бред при наличии апатических изменений аффективности.

**Парафазия** (*пара + греч. phasis* – речь). Искажение отдельных элементов речи – замены слов в устной речи другими, близкими по смыслу или звучанию (П. вербальная) и пропуски, замены, перестановка отдельных звуков в словах, приводящие к их искажению (П. литеральная). Единичные эпизодические П. наблюдаются и вне рамок афазий при диффузных органических поражениях головного мозга, например, при безинсультном течении церебрального атеросклероза. Наиболее часто П. наблюдается в рамках афатичсских синдромов. При моторной афазии – это нарушения структуры слова, при сенсорной в более легких, транскортикальных формах, обнаруживаются

вербальные П., а при значительной тяжести поражения появляются литеральные – замены звуков при сохранении рисунка слова [Бейн Э.С., 1964].

**Парафилия** *(пара + греч. philia* – любовь, склонность). См. *Половое извращение.*

**Парафрения** *(пара + греч. phren* – ум, разум). [Kraepelin E., 1913]. Первоначально была выделена как отдельная нозологическая форма, характеризующаяся своеобразной клинической картиной, в первую очередь наличием парафренного бреда (см.), систематизированного или несистематизированного, фантастического, с идеями величия, преследования, конфабуляциями, ретроспективными тенденциями в бредообразовании, галлюцинациями, ложными узнаваниями. В последующем рассматривались синдромологически, в структуре различных психозов – шизофрении, инволюционных, органически обусловленных. Еще в период признания П. отдельной нозологической формой E. Kraepelin выделил следующие ее формы: 1) систематическую, характеризующуюся сменой бредовых идей преследования относительно стабильным бредом большого масштаба, идеями величия, при сохранности интеллекта и памяти, достаточной эмоциональной живости и значительной роли слуховых галлюцинаций; 2) фантастическую – в клинической картине преобладают неустойчивые, легко

возникающие и легко сменяющиеся другими, крайне нелепые бредовые идеи, по своей направленности преимущественно относящиеся к идеям величия; 3) конфабуляторную – с типичным для нее конфабуляторным бредом и возникновением галлюцинаций даже вне наличия явных расстройств памяти; 4) экспансивную – типичные бредовые идеи величия, протекающие при гипертимии, иногда с галлюцинациями. В настоящее время парафренное бредообразование рассматривается большинством психиатров в синдромологическом аспекте как тип течения группы параноидных симптомокомплексов различного происхождения [Фрумкин Я.П., 1939]. Систематическая и экспансивная формы парафрении чаще всего наблюдаются при шизофрении как одна из стадий динамики бреда и при длительном течении сменяются картинами типичного исходного состояния. Конфабуляторная и фантастические формы чаще наблюдаются при экзогенно-органических заболевания головного мозга, особенно в позднем возрасте. Выделяют также галлюцинаторную парафрению, в клинической картине которой преобладают галлюцинаторные переживания, чаще – вербальные псевдогаллюцинации и сенестопатии [Коган Я.М., 1941; Петрова Э.С., 1967]. Л.М. Халецкий [1973] отмечал типичную для шизофрении особенность парафренно-

го синдрома – при смене им параноидного синдрома происходит замещение отрицательного варианта синдрома Кандинского–Клерамбо положительным, тягостное чувство воздействия, управляемости, безволия заменяется контрастным, положительным чувством «сделанного» обновления, больной сам становится обладателем особой силы, новых знаний, власти над миром.

**П. инволюционная** [Serko A., 1919]. Бредовой психоз позднего возраста. Характерны бредовые идеи воздействия и преследования, нередко приводящие к изменению оценки собственной личности. В содержании бреда большую роль играют сексуальные мотивы. Отмечаются обманы памяти (конфабуляции), колебания настроения, меняется речь.

**П. меланхолическая.** Эндогенные депрессии преимущественно позднего возраста, являющиеся кульминацией депрессии с бредом. Депрессивные идеи (самообвинения, ипохондрические, самоуничижения) носят фантастический характер. Нередко они сочетаются с нигилистическим бредом и бредом громадности (Котара синдром). Отсутствие сновидно-онейроидных расстройств и нарушений самосознания личности является доказательством фазно-аффективной природы П.м. [Пападопулос Т.Ф., Шахматова-Павлова И.В., 1983].

**П. острая.** Приступ шизофрении, протекающей с парафренным синдромом и преходящими кататоническими включениями. Характерен несистематизированный чувственный и образный бред [Вертоградова О.П., 1976].

**П. поздняя** [Roth M., 1965]. Психоз, возникающий в возрасте 75-80 лет и характеризующийся высокосистематизированным парафренным бредом. Характерны бредовые идеи ущерба, обкрадывания, эротического содержания. Возможна депрессивная окраска. Часты слуховые галлюцинации. Длительное время – правильная ориентировка, хороший контакт, сохранность памяти и внимания. В ряде случаев со временем образуется психический дефект, характерный для сенильной деменции. П.п. рассматривалась автором как форма старческой шизофрении. В настоящее время относится к группе эндоформных психозов позднего возраста.

**П. пресенильная** [Albrecht F., 1914]. Психоз, описанный преимущественно у женщин в инволюционном возрасте, в 45-55 лет. Для клиники характерно сочетание систематизированного бредового синдрома (идеи отношения, преследования, величия, нередко – сексуального характера) со слуховыми галлюцинациями.

**П. эротическая** [Carpas M.J., 1915]. Заболевание,

наблюдающееся преимущественно у женщин в возрасте 40-50 лет, часто неблагополучных в семейной жизни, и характеризующееся слуховыми галлюцинациями эротического содержания, иногда – угрожающими. Галлюцинации содержат упреки в безнравственных поступках, развратности, обвинения в изменах мужу. Иногда галлюциноз сопровождается бредовыми идеями преследования и отношения, также эротически окрашенными. Начало подострое, течение приступообразное. По современным представлениям, относится к хроническим галлюцинозам пожилого возраста.

**Парашизофрения** *(пара + шизофрения)* [Зурабашвили А.Д., 1976]. Шизофреноподобные состояния реактивной природы. Несмотря на внешнее сходство симптоматики, своей клинической сущностью и прогнозом они в корне отличаются от истинной шизофрении. Характерна большая, чем при шизофрении, терапевтическая податливость, особенно по отношению к психотерапии. Парашизофрення относится к группе шизоаффективных психозов.

**Паргедония** (*пара + греч. hedone* – удовольствие, наслаждение). Половая перверсия, получение полового удовлетворения неадекватным способом, например, при фетишизме у мужчин – рассматриванием предметов женского туалета, манипулированием с

ними.

**Парез** *(греч. paresis* – ослабление). Уменьшение силы и (или) амплитуды активных движений в связи с нарушениями иннервации соответствующих мышц.

**Парейдолии** *(пар + греч. eidolon* – изображение). [Kahlbaum K., 1866; Jaspers K., 1913]. Разновидность зрительных иллюзий. Ложные изображения возникают при иллюзорном восприятии реального объекта. Разворачиваются на плоскости, например, при рассматривании рисунка обоев па стене больному видятся изменчивые, фантастические пейзажи, лица людей, необычных зверей и т.п. Основой иллюзорных образов являются детали действительного рисунка. Относятся к сенсорным иллюзиям дополнения [Фотьянов М.И., 1976].

Син.: иллюзии парейдолические.

**Парергазия** *(греч. para* – около, рядом, *ergasia* – работа, действие, деятельность) [Meyer A., 1908]. Разновидность эргастических реакций, соответствующая шизофрении и паранойе. См. *Майера эргазиология.*

**Парестезия** *(пар + греч. aisthesis* – чувство, ощущение). Нарушение чувствительности в форме спонтанно возникающих неприятных ощущений онемения, покалывания, жжения и т.д. Чаще всего обусловлено факторами органическими, интоксикациями, но может носить и функциональный, психогенный харак-

тер.

**Паркинсона болезнь** [Parkinson J., 1817]. Хроническое прогрессирующие заболевание, проявляющееся нарастающим дрожанием конечностей, экстрапирамидными явлениями (акинетико-ригидный синдром) и постепенно развивающимися параличами. В психике – аффективные нарушения, явления депрессии, кверулянтские тенденции. Периодически – повышенная возбудимость или апатичность. При длительном течении – ослабление памяти, замедление темпа мышления, характерологические изменения (назойливость).

Заболевание носит семейно-наследственный характер. Развивается в пожилом возрасте.

Син.: дрожательный паралич.

**Паркинсонизм** Симптомокомплекс, мало отличающийся от клинической картины при болезни Паркинсона. Некоторые особенности могут быть обусловлены этиологическими моментами, так как П. наблюдается при различных заболеваниях (эпидемический энцефалит, черепно-мозговая травма, опухоли головного мозга, церебральный атеросклероз, нейролептическая энцефалопатия и т.д.), поражающих подкорковые, в первую очередь – базальные, ядра и приводящих к нарушению обмена катехоламинов.

**Пароксизм** *(греч. paroxysmos* – острый приступ болезни). Клинически: внезапное, острое, обычно повто-

ряющееся кратковременное появление или усиление признаков болезни. Типичный пример – эпилептические припадки (судорожные и бессудорожные П.).

**Пароксизм электроэнцефалографический эпилептический.** Обнаружение на ЭЭГ отдельных волн и (или) их групп, служащих проявлением эпилептического разряда, остро возникающих и внезапно исчезающих и не характерных для фоновой активности. Чаще всего это пики и пики-волны.

**Пароксизмальный.** Протекающий в форме пароксизмов.

**Паросмия** *(пар + греч. osme* – обоняние, запах). Извращение обоняния, обонятельные иллюзии или галлюцинации. П. могут наблюдаться и при неврозах – неврастении, истерии. Для квалификации симптома П. требуется исключение возможности неприятных запахов в связи с заболеваниями носоглотки, при которых также наблюдаются неприятные запахи, обусловленные патологией периферического отдела обонятельного анализатора.

**Паррицид** *(лат. parricida* – убийство ближайших родственников). Чаще всего – это убийство родителей. Помимо случаев корыстной заинтересованности или враждебных взаимоотношений, наблюдается и при психической патологии. Иногда П. совершается в состоянии сильного душевного волнения, например,

по отношению к отцу-алкоголику, длительное время тиранящему своих близких. Чаще всего совершается под влиянием бредовых переживаний больными шизофренией или при грубых расстройствах сознания типа делирия, сумеречных состояний. Психоаналитики трактуют П. в плане представлений об Эдиповом комплексе или комплексе Электры [Hesnard A., 1963], однако клиническими доказательствам эта точка зрения не подтверждается [Burgerois M., Henry P., 1967]. Кроме того, Эдип убил отца, не зная о том, кем он ему приходится [Porot A., Bardenat Ch., 1959].

**Партенофилия** *(греч. parthenos* – девственница, *philia* – любовь). Разновидность женского гомосексуализма, характеризующаяся избирательной любовью к девственницам.

**Парциализм** *(лат. partialis* – частичный). Форма нарушения сексуального влечения, характеризующаяся стремлением удовлетворить свои сексуальные потребности, взглянув на определенную часть тела полового партнера (ногу, бедро, ягодицы и т.д.). Отличается от фетишизма, при котором присутствие партнера не требуется и его место занимает предмет, символизирующий гениталии.

**Пассивизм** *(лат. passivus* – безвольный, пассивный). См. *Мазохизм.*

**Пассивно-оборонительная реакция.** Поведенче-

ские реакции, направленные на устранение или ослабление влияния вредных факторов окружающей среды без активной тенденции устранить сами эти факторы.

**Паскаль депрессивная форма раннего слабоумия** [Pascal C., 1907]. Описание формы шизофрении, начинающейся депрессивной симптоматикой. Характерны немотивированность депрессии и наблюдающихся при этом суицидальных попыток.

**Паскаль психастеническая форма раннего слабоумия** [Pascal C., 1911]. Одно из первых описаний шизофрении, начинающейся симптомами навязчивости, к которым впоследствии присоединяется, затушевывая их, основная симптоматика шизофренического процесса.

**Патау болезнь** [Patau K., 1960]. Хромосомное заболевание (трисомия 13), характеризующееся задержкой психического развития, моторной отсталостью, различными краниоцефальными дисплазиями, расщеплениями губ, нижней челюсти и неба, врожденной глухотой, врожденным дефектом глаз, увеличенным количеством пальцев, множественными капиллярными гемангиомами, аплазией костей носа.

**Патикус** *(греч. pathikos* – проявляющий болезненные свойства). Пассивный партнер при мужском гомосексуализме.

**Патоаидоя** *(греч. pathos* – болезнь, *aidoia* – половые органы) [Dosuzkov Th., 1945]. Симптом болезненной стыдливости. Больной стыдится своего мнимого уродства и старается скрыть его. Из-за боязни осрамиться перед окружающими больной избегает общества других людей (антропофобия). Симптом входит в состав синдрома дисморфофобии.

**Патогенез** *(греч. pathos* – болезнь, *genesis* – происхождение, развитие). 1. Учение об общих принципах, закономерностях развития, течения и исхода заболеваний (изучение присущих заболеваниям патогенетических механизмов). 2. Механизм развития какого-либо конкретного заболевания, болезненного процесса, состояния, поиски закономерностей в этом.

**Патогенность** *(пато + греч. genes* – порождающий). Свойство вызывать болезненные изменения в организме.

**Патогенный.** Болезнетворный, способный вызвать болезненные изменения.

**Патография** *(греч. pathos* – болезнь, *grapho* – писать). Изучение творчества писателей, поэтов, художников, мыслителей с целью оценки личности автора как психически больного.

**Патокинез** *(пато + греч. kinesis* – движение). Смена стадий, клинических синдромов, анатомических вариантов уже текущего заболевания. Термин пред-

ложен И.В. Давыдовским.

**Патологическая ревность.** Наличие сверхценных или бредовых идей ревности. В отличие от нормальной ревности, идеи эти в значительно меньшей мере определяются жизненными коллизиями и плохо или совсем не поддаются коррекции. Иногда это сверхценные идеи, возникающие психогенно, чаще всего при известной конституциональной или патобиологической (например, алкоголизм) предрасположенности, которые вскоре перерастают в бредовые, параноические – происходит формирование параноического бреда ревности по типу развития из параноической реакции. П.р. наблюдается также в рамках шизофренического параноийяльного бреда; при церебральном атеросклерозе она является непродолжительной и по мере нарастания деменции бредовые идеи ревности идут на убыль.

**Патологический альтруизм** *(фр. altruisme,* от *лат. alter* – другой). Вытекающая из бредовых переживаний забота психически больного об окружающих, готовность оказать им как страждущим свою помощь, хотя нередко этим наносится тяжелый вред. К П.а. можно отнести расширенные суициды депрессивных больных (см. *Депрессия альтруистическая).*

**Патологический педантизм** *(фр. pedantisme).* Чрезмерное стремление психически больного к под-

держанию порядка, мелочной точности, соблюдению пустяковых формальностей, неукоснительному выполнению правил и требований. Характерен для личностей эпилептоидного склада, больных эпилепсией. Наблюдается у психастенических личностей, однако в этих случаях объектом чрезмерной педантичности являются сам больной и его деятельность.

**Патологический полисемантизм** *(греч. poly* – много, *sema* – знак) [Лебединский М.С., 1938]. Проявление расстройств мышления и речи при шизофрении. Характерно сосуществование разных, в том числе и чуждых направлений речевой деятельности, значений одного и того же слова.

**Патологическое коллекционирование.** Собирание психически больными различных, часто необычных коллекций, нередко отражающее их болезненные переживания и направленность интересов. Например, больной инволюционной меланхолией с ипохондрическим бредом ежедневно собирает в спичечных коробках порции своего кала и тщательно инвентаризирует.

**Патологическое состояние.** Устойчивое отклонение от нормы, имеющее отрицательное для организма биологическое значение (нарушение гомеостаза) и проявляющееся клинико-психопатологической симптоматикой и социальной дезадаптацией.

**Патоморфоз** *(пато + греч. morphosis* – формирование) [Hellpach W., 1929]. Изменения клинических и морфологических проявлений болезни по сравнению с классическими их описаниями под влиянием различных факторов внешней среды, биологических и социальных. В связи с длительными лечебно-профилактическими мероприятиями возникает терапевтический патоморфоз. Изучение патоморфоза вносит коррективы в критерии диагностики и нозографии. Под влиянием лекарственного патоморфоза происходят существенные изменения синдромогенеза, например, формирование незавершенных психопатологических синдромов в процессе нейролептической терапии больных шизофренией [Авруцкий Г.Я., 1968, 1979].

Син.: нозоморфоз [Аничков Н.Н., 1966].

**Патопластика** *(пато + греч. plastike* – формирование, созидание). Внешние проявления болезни, зависящие от различных добавочных факторов, влияющих на картину заболевания.

**Патройофобия** *(греч. patriarches* – родоначальник + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь наследственности, особенно наследственных заболеваний.

**Патронаж психически больных.** Форма внебольничной психиатрической помощи больным, не обнаруживающим активной психопатологической симпто-

матики, однако лишенных способности и возможности самостоятельного проживания и трудовой деятельности. П. осуществляется в своей или чужой семье, под надзором и контролем медицинских работников, специальных патронажных врача и медицинской сестры. Больница выделяет средства на оплачивание питания и ухода за больным. Выбор семьи для патронажа, оплата расходов и контроль за состоянием больного регламентируются специальной комиссией по патронажу при психиатрическом учреждении. В связи с введением новой системы пенсионного обеспечения в нашей стране П.п.б. в настоящее время упразднен.

**Пахигирия** *(греч. pachys* – толстый, *анат. gyrus* – извилина). Патологическое уплотнение и увеличение извилин головного мозга.

**Пахименингит** *(пахи* + *анат. meninx* – оболочка + *греч. -itis* – воспаление). Воспаление твердой мозговой оболочки головного и (или) спинного мозга. Различные виды П. различаются по локализации (спинальный, церебральный и др.), по этиологии (сифилитический, туберкулезный и др.), по морфологическим признакам (фиброзный и др.).

**Педераст** *(греч. paiderastes).* Лицо, страдающее педерастией, мужским гомосексуализмом. Различают П. активных (педикатор) и пассивных (андрофил, ки-

нелон, патикус). Пассивная форма педерастии является врожденной (см. *Триада врожденного гомосексуализма).*

Син.: урнинг.

**Педерастия.** Мужской гомосексуализм.

Син.: урания.

**Педикатор.** Активный партнер при мужском гомосексуализме.

**Педикация.** См. *Педерастия.*

**Педопсихиатрия** *(греч. pais* – ребенок, дитя + *психиатрия).* См. *Психиатрия детская.*

**Педофилия** *(педо + греч. philia* – любовь, влечение). Вид сексуальной перверсии, половое влечение к детям.

**Педофилия эротическая** *(педо + греч. philia* – любовь) [Krafft-Ebing R., 1896]. Вид перверсии, половое влечение к детям. Наблюдается чаще всего у психопатических личностей, слабоумных, алкоголиков, нередко в пресенильном возрасте у мужчин, до того не обнаруживавших отклонений в сексуальном поведении.

**Педофобия** *(педо + греч. phobos* – страх). 1. Навязчивый страх, боязнь детей; 2. Навязчивый страх, боязнь рождения ребенка в семье; 3. [Bianchi L., 1906]. Чувство страха перед куклами, похожими на грудных младенцев, маленьких детей.

**Пейрафобия** *(греч. peira* – испытание, проба, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь публичного выступления (произнесения речи, сдачи экзамена и т.п.).

**Пеладофобия** *(фр. pelade* – облысение, выпадение волос, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь облысения.

**Пелицеуса–Мерцбахера болезнь** [Pelicaeus F., 1885, Merzbacher L., 1907]. Прогрессирующий лейкодистрофический процесс, характеризующийся демиелинизацией нервных волокон в головном мозге, особенно в области мозолистого тела и мозжечка. Заболевание носит семейно-наследственный характер (аутосомно-рецессивный фенотип), и наблюдалось в нескольких поколениях пораженной семьи. Выделяют три формы:

1. Классическую [форма Мерцбахера]. Начинается в первые месяцы или годы жизни. Типичны пирамидные, экстрапирамидные, иногда мозжечковые симптомы, относительно медленное нарастание слабоумия.

2. Зейтельбергера [Seitelberger F., 1954]. Начало в возрасте около 10 лет. Демиелинизация носит более тотальный характер. Течение более неблагоприятное, быстрое, по сравнению с классической формой.

3. Кампа–Лёвенберга [Camp C.D., Lovenberg K., 1941]. Наблюдается у взрослых. Начало в 30-40 лет, нередко с психотическими эпизодами. Син.: врожденная экстракортикальная аксиальная аплазия.

**Пеллагра** (*итал. pelle* – кожа, *agro* – грубый, шероховатый). Заболевание, обусловленное недостаточностью в организме витаминов группы В (никотиновой кислоты, рибофлавина). Проявляется поражением кожи, пищеварительного тракта, психическими расстройствами. См. *Психозы пеллагрозные.*

**Пеллагры триада.** См. *Триада пеллагры.*

**Пениафобия** (*греч. penia – бедность, phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь обнищания.

**Пенфилда симптом** [Penfield W.]. Так называемое «принудительное мышление», форма эпилептического эквивалента. Может рассматриваться как эпизодические проявления психического автоматизма. Наблюдается при Браве–Джексона эпилепсии.

**Перельмуттера метод сомнопсихотерапии** [Перельмуттер М.М., 1949). Психотерапевтический метод, заключающийся в том, что внушение или беседа проводятся *с* больным, находящимся в состоянии достаточно глубокого медикаментозного сна. Глубиной сна метод отличается от наркогипноза, наркосуггестии и наркоанализа. Факт внушения больным амнезируется.

**Переосвидетельствование.** Прохождение в предусмотренный срок очередной комиссии с целью определения наличия или отсутствия динамики в течении заболевания. Соответственно ВТЭК принимает решение о продлении уже установленной больному ранее группы инвалидности, ее изменении, возможности трудовых рекомендаций. При наличии показаний больной может быть направлен на комиссию досрочно.

**Переутомление.** Состояние организма, возникающее при выполнении работы, приводящей к значительному утомлению. Это может быть однократное П., либо результат длительного накопления усталости в течение значительного периода времени. Играет важную роль в возникновении невротических состояний (неврастении) и является существенным патогенетическим моментом в развитии некоторых психозов, например, острых параноидов.

**Переходные синдромы** [Wieck H.H., 1956]. Симптомокомплексы, наблюдающиеся в течении острых экзогенного типа реакций и имеющие важное прогностическое значение. Занимают промежуточное положение между острыми экзогенными реакциями и органическим психосиндромом, или, по H.H. Wieck, органическим дефектсиндромом. Различают 4 формы (регистры) переходных синдромов: 1) характеризующи-

еся изменением побуждений; 2) аффективные (астенический, анксиозно-депрессивный, депрессивный); 3) шизофреноподобный галлюцинаторно-параноидный; 4) амнестический корсаковский. Э.Я. Штернберг [1969] относил к органическому регистру апатико-абулический, эйфорический, псевдопаралитический, экспансивно-конфабуляторный и корсаковский синдромы. По степени тяжести переходные синдромы подразделяются на легкие, средней тяжести и тяжелые (см. *Бекера тест).* Переходные синдромы аффективного регистра имеют благоприятное прогностическое значение, тогда как переходные синдромы органического регистра свидетельствуют о тенденции перехода процесса в стадию органического психосиндрома (дефектсиндрома) с образованием деменции.

**Период полового созревания.** Период жизни, характеризующийся появлением вторичных половых признаков и окончательного формирования половых органов и желез. Один из возрастных кризов в онтогенезе человека.

**Персеверация** *(лат. persevezo* – упорно держаться, продолжаться) [Neisser C., 1894]. Склонность к застреванию в речи, мышлении, «устойчивое повторение или продолжение однажды начатой деятельности, например, повторение какого-либо слова в письменной или устной речи в неадекватном контексте».

Помимо персеверации в мышлении различают также моторные, сенсорные и эмоциональные персеверации.

**Петтинг** *(англ. petting).* Преднамеренное получение оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключающего непосредственное соприкосновение гениталий [Васильченко Г.С, 1976].

**Петтофобия** *(греч. petto* – переваривать, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь неудержания кишечных газов в присутствии посторонних. См. *Дисморфофобия, Бред физического недостатка, неприятного для окружающих.*

**Пётцля–Гоффа синдром** [Potzl O., Hoff H., 1937]. Агнозия на лица. Больной различает лица собеседников, но при их восприятии теряет чувство «знакомости». Лица людей не воспроизводятся по памяти. Наблюдается при органических поражениях головного мозга с локализацией в субдоминантном полушарии, чаще – в правом.

**Пётцля криз** [Potzl O.]. Синдром, характеризующийся сочетанием появления светящихся точек в одном глазу и парестезии на противоположной стороне тела. Наблюдается при гипертонической болезни и может свидетельствовать о преходящих нарушениях мозгового кровообращения в бассейне внутренней

сонной артерии на стороне нарушения зрения.

**Пётцля синдром** [Potzl O., 1919]. Характеризуется буквенной слепотой (алексия), неразличением цвета (цветовая агнозия), и сужением полей зрения. Наблюдается при органических поражениях головного мозга с локализацией в язычной извилине доминантного полушария.

**Пигмалионизм.** Вид полового извращения, характеризующийся эротическим влечением к статуям, изображающим женщин. В мифологии Пигмалион – скульптор, влюбившийся в созданную им совершенную статую женщины.

**Пика–Альцгеймера синдром.** Понятие, введенное T. Sjogren и H. Sjogren [1952] для обозначения случаев пресенильной деменции, когда клиническая диагностика не опиралась на данные анатомогистологической верификации. Авторы исходили из положения о недостаточной надежности прижизненной диагностики Пика и Альцгеймера болезней.

**Пика болезнь** [Pick A., 1892]. Заболевание из группы пресенильных деменции, обусловленное атрофией головного мозга. Начало заболевания характеризуется либо псевдопаралитическим синдромом, либо преобладанием аспонтанности. Рано наступает и неуклонно прогрессирует грубое глобарное слабоумие. Редукция речи. Палилалия. Эхолалия, вначале

митигированная, затем истинная. Очаговая симптоматика зависит от локализации процесса (лобный или височный вариант). При височном варианте очаговая симптоматика расстройства речи, гнозиса и праксиса напоминает таковую при болезни Альцгеймера. Характерны «стоячие» симптомы (см. *Симптомы граммофонной пластинки, Палинергия).* В исходном состоянии – физический и психический маразм, тотальное слабоумие. Патологоанатомически – атрофия вещества головного мозга, особенно лобных долей, внутренняя водянка. Гистологически – атрофия нервных клеток, главным образом верхних слоев коры: глиоз, появление аргентофильных зернышек. Отсутствуют сенильные бляшки и альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл. Имеются указания на аутосомно-доминантный тип наследования [Schenk V., 1959].

**Пика– Вернике височно-теменной синдром** [Pick A., Wernicke C.]. Сочетание сенсорной афазии, аграфии, центрального пареза нижней конечности, расстройств чувствительности на той же половине тела. Наблюдается при поражении височно-теменной области доминантного полушария головного мозга.

**Пика симптомы** [Pick A., 1902, 1904, 1917]:

1. Своеобразное «расстройство зрения» при старческом слабоумии. Больные временами не видят по-

казываемые им предметы, по начинают видеть их, когда внимание привлекается воздействием этого предмета на другой анализатор. Например, больной не видит горящей свечи, но начинает видеть ее, почувствовав исходящий от свечи, приближающейся к лицу, жар.

2. Симптом «потери личности» – приступообразно возникающий страх «потери своей личности». Ориентировка больного не нарушена, сознание ясное, но больной утверждает, что это не его голос, что у него отсутствуют мозги, лоб «как деревянный». Расцениваются как эквиваленты эпилептического припадка, в одном случае этот симптом наблюдался автором во время ауры. Близок к описанным М.О. Гуревичем особым состояниям.

3. Симптом, наблюдаемый в начальной стадии старческого слабоумия. Случайно заменив в произвольной речи одно слово другим (вербальная парафазия), больные, вместо того, чтобы исправить ошибку, пытаются мотивировать эту замену, используя иногда двойственное значение слов. Так, больная говорит: «Муж (вместо „отец“) меня воспитывал»; затем она дает своему высказыванию следующую трактовку: «Замуж я вышла молодой, пришлось мужу меня воспитывать».

**Пика феномен ощущения отсутствия конечно-**

**стей** [Pick A., 1915]. Кажущееся исчезновение реально существующих частей тела. Расстройство схемы тела, противоположное фантому ампутированных («негативный фантом»). Наблюдается при эпилепсии.

**Пика–Хеда–Шильдера концепция схемы тела** [Pick A., 1908, 1915; Head H., 1911; Schilder P., 1923]. Выделение системы представлений человека о собственном теле, основанных на восприятии поступающих в головной мозг интеро– и проприоцептивных сигналов, а также на наблюдении над строением тела других людей. Предположения такого рода высказывались ранее C. Wernicke [1894], писавшем о проекции сигналов, поступающих от различных частей тела, в особые поля коры большого мозга. В клинике диагностическое значение имеют расстройства схемы тела.

**Пикара симптом** [Picard]. Ускорение мышления типа «скачки идей» как эквивалент эпилептического припадка (при Браве–Джексона эпилепсии).

**Пикацизм** *(лат. pica* – сорока) [Eulenburg]. Сочетание копролагнии и уролагнии.

**Пиквикский психосиндром.** Психические расстройства, возникающие при длительном существовании Пиквикского синдрома. Характерны аффективные расстройства (гневливость, иногда по незначительному поводу, недержание аффекта), грубость в

межличностных отношениях, склонность к бродяжничеству, антисоциальным, в том числе и уголовно наказуемым поступкам. Описан U.H. Peters и H. Rieger [1976], может рассматриваться как характеропатический вариант органического психосиндрома E. Bleuler.

**Пиквикский синдром.** Расстройства сознания, непроизвольные приступы сонливости с мышечными подергиваниями и ускоренным или поверхностным дыханием, возникающие в связи с гиповентиляцией при ожирении и некоторых заболеваниях легких. Имеются предположения о наследственном (аутосомно-рецессивный тип передачи) происхождении. Название подсказано образом одного из персонажей романа Ч. Диккенса «Записки Пиквикского клуба» – слуги Джо. Впервые был описан J. Elliot [1781], а затем W. Wald [1819]. Название П.с. предложено C.S. Burwell, S.D. Robin, R.O. Whaley, A.G. Bickelman [1956].

**Пиквикский тип личности.** Особенности личности, характерные преморбидно для больных с пиквикским синдромом: добродушие, оптимистичность, общительность, физическая и психическая активность, неумеренность в еде, практичность, преуспевание в жизни. Описан U.H. Peters и H. Rieger [1976].

**Пикнолепсия** *(греч. pyknos* – частый, *lepsis* – схватывание, приступ) [Friedmann M., 1906]. Заболевание, начинающееся обычно в возрасте 4-10 лет и харак-

теризующееся множественными (от 15 до нескольких сот в день) и кратковременными (от 2 до 30 с) припадками типа абсансов. Иногда в пубертатном периоде у больных исчезают припадки и наступает практическое выздоровление без признаков психического дефекта. В большинстве случаев является этапом течения генерализованной эпилепсии, в таких случаях правомерно пользоваться термином «пикноэпилепсия». Па ЭЭГ также типичные абсансы с комплексами пик-волна частотой 3 колебания в с.

**Пикрогевзия** *(греч. pykro* – горький, *geusus* – вкус). Разновидность извращения вкусовой чувствительности. Появление горького вкуса во рту при отсутствии соответствующего раздражителя.

**Пиктограмма** *(греч. piktus* – нарисованный, *gramma* – запись, рисунок) См. *Выготского–Лурия методика пиктограмм.*

**Пикфорда тест проективных рисунков** [Pickford R.W., 1963]. Психологическая методика, использующая 20 серий рисунков. Каждая серия состоит из 6 рисунков, изображающих детей в определенных жизненных ситуациях. Используется для исследования особенностей взаимоотношений в семье, школе, в коллективе сверстников.

**Пинеля реформы** [Pinel Ph., 1793]. Коренное изменение отношения к психически больным, запрет мер

насилия, рекомендация внедрения в практику психиатрических больниц трудовой терапии.

**Пинтнера–Паттерсона невербальная шкала** [Pintner R., Patterson D., 1919]. Психологическая методика, состоящая из 15 невербальных методик (субтестов). Предназначена для исследования интеллектуального уровня у больных с поражением слуха и речи, а также не знающих английского языка. Применяется при психологическом исследовании лиц старше 15 лет.

**Пиролагния** *(греч. pyr* – огонь, жар, *lagneia* – похоть). Сексуальная перверсия, при которой половое возбуждение вызывается видом пожара или разжиганием огня.

**Пиромания** *(пиро + греч. mania* – страсть, влечение). Непреодолимое влечение к поджогам.

Син.: импульсивное поджигательство.

**Пиротерапия** *(пиро + греч. therapeia* – лечение). Общее название видов терапии путем искусственного повышения температуры тела (сульфозинотерапия, маляриотерапия).

Син.: терапия пирогенная, гипертермия искусственная.

**Пирофобия** *(пиро + греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь огня, пожара.

**Письмо зеркальное.** Нарушение письма, соответ-

ствующее зеркальной речи. Наблюдается при шизофрении и некоторых органических поражениях головного мозга.

**Питиатизм** *(греч. peitho* – внушение, *iatos* – излечение). [Babinski J., 1900]. Определение истерии. Под питиатическими, то есть «излечивающимися внушением», понимаются патологические феномены, которые вызываются произвольно самовнушением и также произвольно внушением прекращаются. Из истерии исключались, таким образом, патологические состояния эмотивного и рефлекторного генеза, то есть возникшие в связи с переживаниями или в ответ на внешние раздражения кожи, слизистых оболочек. Из истерии были исключены отек гортани, кровохарканье, сужение полей зрения и т.д. Эмоциям в генезе истерии отводилась роль дополнительного фактора.

**Питра закон.** См. *Закон Питра.*

**Питра правило.** См. *Закон Питра.*

**Планотопокинезия** *(лат. planus* – ясный, понятный, *topos* – место, *греч. kinesis* – движение) [Marie P., Bouttier R., Bayley P.]. Глубокое нарушение пространственной ориентировки, пространственная агнозия. Неспособность ориентироваться на плане, карте местности. Приводит к неполноценности произвольных движений, их неловкости, неуклюжести [Porot A., 1965].

**Платонова метод внушения лечебных сновидений** [Платонов К.И., 1930]. Больному внушается сновидение, которое по своему содержанию является противоположным алкогольному сновидению или исправляет его. Такие «лечебные сновидения» могут реализоваться по указанию врача в момент гипнотического сеанса или же в качестве постгипнотического внушения осуществляться во время ближайшего естественного сна, этой же ночью. Рекомендуется для влияния на остаточные явления влечения к алкоголю [Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965].

**Платонова методика длительного гипноза-отдыха** [Платонов К.И., 1925]. Психотерапевтическая методика, направленная на использование охранительно-восстановительной роли гипноза. Больного вечером погружают в гипнотический сон, который сам по себе переходит в естественный сон. Возможно и продление ночного сна с помощью проведения гипнотического сеанса утром, до пробуждения. Длительность пребывания больного в гипнозе-отдыхе – 18-20 ч в сутки. Курс лечения продолжается около двух недель. Положительные результаты отмечены при лечении реактивных состояний, невроза навязчивых страхов, гипертонии, язвенной болезни. К методике длительного гипноза-отдыха близка Рожнова методика удлиненной гипнотерапии [1953].

**Плацебо** *(лат. placebo* – понравлюсь, удовлетворю). Фармакологически индифферентное вещество, внешне напоминающее по вкусу и цвету какое-либо лекарственное средство и назначаемое обычно при испытании новых фармакологических препаратов для исключения эффекта, обусловленного внушением и самовнушением. Употребляется также в психотерапии и в терапии лекарственными средствами вместо введения нежелательного препарата, например, наркотиков.

**Плюригландулярный** *(лат. pluria* – многие, *glandula* – железа). Обусловленный деятельностью или ее нарушениями многих желез, например, плюригландулярные заболевания желез внутренней секреции.

**Плюшкина синдром.** Патологическое влечение с собиранию и хранению всевозможных выброшенных за непригодностью, ненужных предметов, тряпок, ветоши. Наблюдается преимущественно в позднем (старческом) возрасте, при сенильной и глубокой атеросклеротической деменции.

Плюшкин – персонаж «Мертвых душ» Н.В. Гоголя, отличавшийся скряжничеством и стремлением собирать отжившие свой срок, ненужные вещи.

**Пневмоэнцефало(вентрикуло)графия** *(греч. pneuma* – воздух, *enkephalos* – мозг, *анат. ventriculus*

– желудочек, *grapho* – писать, изображать) [Dandy W., 1918, 1919]. Методы контрастного рентгенографического исследования головного мозга. При пневмоэнцефалографии воздух вводится в позвоночный канал после удаления 60-120 мл спинномозговой жидкости. При пневмовентрикулографии воздух вводится непосредственно в желудочки головного мозга после вентрикулопункции, при этом спинно-мозговая жидкость выводится по 10 мл и заменяется таким же количеством воздуха. С диагностической целью методы пневмографии используются при подозрении на опухоль, абсцесс или гуммозное поражение головного мозга, болезнь Пика или Альцгеймера. Пневмоэнцефалография применяется и с лечебной целью, например, при эпилептиформных припадках вследствие арахноидита, для купирования эпилептического статуса.

**Побеги и бродяжничество.** Форма патохарактерологических реакций у подростков [Личко А.Е., 1985]. П. носят преимущественно ситуативный характер и делятся на три типа: из намерения избежать наказания (импунитивные П.); с целью избавиться от чрезмерного контроля и опеки взрослых (эмансипационные П.); как проявление реакции оппозиции (демонстративные П.).

**Поведение.** Совокупность действий, поступков, со-

вершаемых индивидом в его взаимодействии с окружающей средой, опосредованных внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью. В психиатрии имеют значение П. агрессивное, бредовое, девиантное (отклоняющееся от общепринятых норм), делинквентное (с нарушением законов), неадекватное окружающей обстановке, установочное (симуляция, диссимуляция, осознанное или неосознаваемое желание представить себя в определенном свете).

**Пограничное состояние.** Психопатологическое состояние, являющееся объектом исследования и лечения психиатрии, невропатологии, соматической медицины, социальных наук. К ним относятся неврозы, психопатии, некоторые формы реактивных состояний, неврозо– и психопатоподобные состояния при соматических и психических болезнях.

**Поза эмбриональная** *(греч. embrion* – зародыш). Максимальное сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах, руки охватывают колени, подбородок прижат к коленям. Наблюдается при кататоническом ступоре, глубокой олигофрении, состояниях маразма.

**Пойкилотимия** (греч. poikilos – неодинаковый, разнообразный, thymos – настроение, чувство) [Kahn E., 1928]. Частые смены настроения, усиление выраженности аффективных реакций. Вариант психопатии.

См. *Психопатия реактивно-лабильная.*

**Поле сознания.** Содержание индивидуального сознания в определенный момент, в соответствии с актуальными побудителями его активности. В связи с этим говорят о полевом поведении, при котором важную роль играет ориентация индивидуума на ситуативно значимые объекты, отличающиеся от ориентации на цель деятельности.

**Полидипсия** *(греч. polys* – многий, *dipsa* – жажда). Повышенное потребление жидкости вследствие патологически усиленной жажды. Может быть первичной (при органических поражениях головного мозга), вторичной (при значительной потере организмом жидкости – обильное потоотделение, полиурия) и психогенной (при нарушениях психики).

**Полинаркомания** *(поли + наркомания).* Наркомания с одновременным или попеременным употреблением нескольких наркотических средств.

**Полиомиелит** *(полио + греч. myelos* – спинной мозг, *–itis* – суффикс, обозначающий воспаление). Острое инфекционное вирусное заболевание, поражающее центральную нервную систему, в первую очередь клетки передних рогов спинного мозга, мозговые оболочки. Чаще болеют дети.

Син.: паралич детский спинальный, паралич детский эпидемический, болезнь Гейне–Медина (устар.).

**Полиопия** (*поли + греч. ops* – глаз, зрение) [Mingazzini G., 1908]. Одна из форм расстройств оптического гнозиса, при которой предметы воспринимаются в увеличенном количестве. Наблюдается при начальной катаракте, при истерии, при некоторых органических поражениях головного мозга. По мнению некоторых исследователей [Hoff H., Potzl O., 1933], является следствием нарушений окулостатики.

**Полиоэнцефалит** *(полио + энцефалит).* Воспаление серого вещества головного мозга.

**Полиоэнцефалит геморрагический.** См. *Гайе–Вернике алкогольная энцефалопатия.*

**Полипное** *(поли + греч. pnoe* – дыхание). Учащенное дыхание, одышка.

**Полипсевдомелия парестетическая** *(поли + греч. pseudos* – ложь, *melos* – часть тела, конечность + *парестезия)* [Бехтерев В.М., Останков П.А., 1904]. Синдром, характеризующийся утверждением больного о наличии у него ложных или мнимых частей тела, конечностей (две руки на одной стороне, шесть ног, три головы). Описан у больного с левосторонней гемиплегией и нарушениями кожной и глубокой чувствительности слева. Является вариантом аутопатогнозии (нарушения ориентировки в собственном теле).

**Полифагия** *(поли + греч. phagein* – есть, поедать). Чрезмерное потребление пищи либо вследствие по-

стоянного чувства голода (булимия), либо как результат расторможенности влечений (ситиомания).

**Полифразия** (*поли + греч. phrasis* – речь). См. *Логорея.*

**Полифрения** *(поли + греч. phren* – ум, разум) [D'Allon R., 1923]. Объединение психозов с преобладанием в их клинической картине явлений психического автоматизма, слуховых галлюцинаций и псевдогаллюцинаций в качестве отдельной нозологической формы. П. понималась ранее как приобретенное заболевание с четко определяющимся началом и относительно благоприятным течением. При длительном течении П. развивается своеобразное слабоумие с сохранной аффективностью, работоспособностью и социабельностью. Формы П. различались по остроте течения галлюциноза, наличию или отсутствию бредовых идей, депрессивных и токсических компонентов. Рассматривается как попытка изучения синдрома психического автоматизма не в синдромологическом, а нозологическом аспекте [Гулямов М.Г., 1965]. Не получила признания как самостоятельное заболевание.

**Полле синдром.** Описан J. Burman [1977]. Относится к детям лиц с синдромом Мюнхгаузена, у которых часто наблюдаются наследственные заболевания – сахарный диабет, психические расстройства и высокая смертность в очень молодом возрасте. На-

зван по имени Полле, дочери барона Мюнхгаузена, умершей на первом году жизни.

**Поллюции** *(лат. polluo* – пачкать в желтый цвет). Непроизвольное испускание семени. Могут наблюдаться в дневное (П. дневные) и ночное (П. ночные, чаще в связи с эротическими сновидениями) время. Наблюдается при длительной сексуальной абстиненции, неврастении, спинной сухотке.

**Поллюционизм.** Форма пикацизма, стремление испачкаться выделениями полового партнера с целью полового возбуждения.

**Половая активность.** Индивидуальный показатель, определяемый присущей конкретному лицу частотой половых сношений. Уровень П.а. зависит также от возрастных периодов и ряда дополнительных факторов, среди которых важную роль играют психическое и соматическое здоровье.

**Половая девиация.** Отклонения от общепринятых норм полового поведения, не относящиеся к болезненным состояниям [Свядощ А.М.]. К П.д. относится онанизм во всех его проявлениях.

**Половая жизнь.** Совокупность психических, физиологических и социальных процессов, посредством которых удовлетворяется половое влечение.

**Половая зрелость.** Стадия индивидуального развития, с наступлением которой для мужчины ста-

новится возможной половая жизнь и способность к оплодотворению, а для женщины – способность к половой жизни, зачатию и родам без ущерба для здоровья.

**Половая область.** Область тела, в которой расположены наружные половые органы.

**Половая холодность.** Слабость полового влечения или неспособность к переживанию оргазма у женщины. В ряде случаев сочетается с нимфоманией – отсутствие оргазма побуждает женщину искать все новых партнеров.

Син.: фригидность *(лат. frigiditas).*

**Половое извращение.** Патологические нарушения направленности полового влечения или его удовлетворения [Свядощ А.М.]. К П.и. относятся аутоэротизм, гомосексуализм, педофилия, геронтофилия, инцестофилия, зоофилия, некрофилия, пигмалионизм и др.

Син.: сексуальная перверсия, парафилия.

**Полукретин.** Индивидуум с неполными признаками кретинизма.

**Полушарие доминантное.** Полушарие головного мозга, обеспечивающее осуществление высших корковых функций (речи, гнозиса, праксиса), действия предпочтительно используемой руки и контроль над ними. У большинства людей П.д. является левое, у

левшей, в том числе и скрытых, – правое.

**Полушарие субдоминантное.** Полушарие, противоположное доминантному. Осуществляет компенсацию пораженных высших корковых функций, но помимо этого, само участвует в ряде важных психологических процессов, что обнаруживается в выпадении их при поражении этого полушария (см. *Бабенковой синдром правого полушария).*

**Полюсность эмоций.** Сочетание диаметрально противоположных сильных чувств (соответственно – поступков, действий, обусловленных ими). Например, злобность, жестокость, злопамятность, мстительность в сочетании с льстивостью, угодливостью, подобострастностью, преувеличенной любезностью, слащавостью составляют эпилептическую или глишроидную пропорцию. См. *Кречмера пропорции темперамента, Глишроидия.*

**Помешательство моральное** *(англ. moral insanity)* [Prichard J.C., 1835, 1847]. Одно из первых описаний психопатии, причину которой автор видел в наследственной отягощенности психозами. J.C. Prichard различал интеллектуальное и моральное помешательство. К первому относились мономания, мания, спутанность и слабоумие. В П.м. (патомания) включались расстройства аффективной и волевой сферы, в том числе и извращение так называемых нравствен-

ных чувств и привязанности с резко выраженной наклонностью к антисоциальным поступкам, наступающие в подростковом возрасте. Последующими исследованиями также отмечалась связь возникновения такого рода состояний, характеризующихся «аморальным», антиобщественным поведением с пубертатным и юношеским возрастом; был введен термин «ювенильный преступник» [Marro A., 1863]. По современным представлениям этот вариант П.м. соответствовал более поздним представлениям о гебоидной шизофрении [Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С., 1986]. Концепция П.м. была тесно связана с концепцией наследственной дегенерации.

**Помешательство циркулярное** *(лат. circularis* – круговой) [Falret J.-P., 1851]. Первое описание типично протекающего циркулярного (маниакально-депрессивного) психоза, характеризующегося «последовательным и правильным чередованием маниакальных состояний, депрессивных состояний и светлых промежутков». Выделяя циркулярный психоз как самостоятельную нозологическую группу, J.-P. Falret основывался на «целом комплексе явлений», подчеркивал последовательность смены фаз, закономерности течения болезни, ставил вопрос о прогностическом значении клинических проявлений.

**Помрачение сознания.** Расстройство отражения

окружающей действительности – реального мира, предметов, явлений, их связей. Проявляется полной или частичной невозможностью восприятия окружающего, ауто– и аллопсихической дезориентировкой, нарушением ориентировки во времени, расстройствами мышления, амнезией по выходе из состояния П.с. (полной или частичной). По М.О. Гуревичу [1949], различают синдромы расстройства сознания (сумеречное состояние, делирий, онейроид) и выключения сознания (кома, сопор, оглушение).

Синдромы расстроенного сознания возникают при нарушении деятельности коры головного мозга и характеризуются как дезинтегративные; они протекают с патологической продукцией (бред, галлюцинации) и характерны для острых психозов.

Выключение сознания происходит вследствие поражения ствола головного мозга, оно является не дезинтеграцией, а выпадением функции сознания различной степени глубины и протекает без психопатологической продукции.

**Понопатии** *(греч. ponema* – труд, *pathos* – болезнь) [Kraepelin E., 1915]. Группа психогенных заболеваний, связанных с деятельностью человека, физическим и умственным трудом (неврозы деятельности), к которой относились неврастения и невроз ожидания. Ср.: гомилопатии, симбантопатии.

**Понятие.** Одна из форм мышления, характеризующаяся высоким уровнем обобщения. П. могут быть конкретными и абстрактными, наиболее абстрактные П. обозначаются как категории. П. выражается словами и только в этой форме существует.

**Попова симптом** [Попов Е.А., 1956]. Соответствие аффективной окраски сновидений фазе маниакально-депрессивного психоза.

**Попова смесь** предназначена для купирования алкогольного делирия и включает в себя фенобарбитал и этиловый спирт, разведенный водой.

**Пориомания** *(греч. poreia* – путешествие + *мания).* См. *Дромомания, Вагабондаж.*

**Порнография** *(греч. porne* – развратница, *grapho* – писать, изображать). Письменная или изобразительная продукция с чрезмерно натуралистическими, непристойно-сладострастными изображениями или описаниями полового акта. Ввоз П. из-за рубежа и распространение в стране по отечественным законам запрещены.

**Порнографомания** *(порнография + мания).* Сексуальная перверсия. Половое возбуждение и удовлетворение при разглядывании или чтении порнографической продукции.

**Порропсия** *(греч. porro* – далеко, *opsis* – зрение) [Heilbronner K., 1904]. Расстройство восприятия, при

котором меняется восприятие расстояния, отделяющего объект от больного, но размеры этого объекта остаются неизменными, в отличие от описанной L. van Bogaert микротелеопсии.

**Порэнцефалия** *(греч. poros* – отверстие, пора, *enkephalos* – головной мозг) [Henschl R.L., 1895]. Аномалия развития головного мозга, характеризующаяся наличием в нем воронкообразных полостей, кист, выстланных изнутри эпителием и заполненных ликвором, связанных с боковыми желудочками. Связывается с родовыми травмами и заболеваниями раннего детского возраста. Может сочетаться с интеллектуальной недостаточностью.

**Последовательный образ.** Задерживающееся после прекратившегося действия на зрительный анализатор раздражителя ощущение. См. *Эйдетизм.*

**Постгипнотическое действие.** Деятельность подвергшегося гипнозу лица, проявляющаяся в реализации поступков, внушенных в гипнозе, совершить которые пациент должен после выхода из гипнотического состояния.

**Потамофобия** *(греч. potamos* – поток, *phobos* – страх). Навязчивое состояние, возникновение страха при созерцании стремительного движения воды, быстрого течения реки, водоворотов.

**Потатор** *(лат. potator).* Пьяница, лицо страдающее

алкоголизмом.

**Походка.** Совокупность особенностей позы и движений при ходьбе. Некоторые виды походки имеют диагностическое значение, например, атактическая П. (см. *Атаксия)* гемиплегическая (см. *Гемиплегия, Гемипарез)* походка (паретическая нога отводится в сторону и, не сгибаясь, производит полукруг – отсюда: косящая, циркулирующая П.). При паркинсонизме наблюдается кукольная П. – мелкими шагами, без синергических движений рук, с застывшим и не сгибающимся туловищем. При поражении лобных долей головного мозга – лисья П. (постановка ступней по одной линии). При истерии наблюдается походка летающего пера – большие шаги-прыжки, больной останавливается лишь наткнувшись на препятствие. П. старческая – мелкими шаркающими шажками с неуверенными, недостаточно координированными содружественными движениями рук.

**Походка метущая** [Todd R.]. Наблюдается при истерической псевдогемиплегии. Парализованная нога волочится метлой, а не «загребает», описывая дугу носком, как это бывает при истинной гемиплегии.

**Прагматамнезия** *(греч. pragma* – дело, действие, вещь, предмет, *a* – отрицание, *mnesis* – память). 1. Амнезия совершенных ранее действий. 2. Амнезия, при которой утрачены знания о внешнем виде хорошо

знакомых предметов.

**Прадера–Вилли синдром** [Prader A., Willi H., 1956]. Характеризуется сочетанием олигофрении и церебрального ожирения. Психически – резко выраженное умственное недоразвитие, в ряде случаев наблюдается аспонтанность, на фоне которой эпизодически возникают агрессивные вспышки. Соматически – малый рост, акромикрия, гипогенитализм, мышечная гипотония. Нередко характерные диспластические черты, обусловливающие специфический внешний облик больных – долихоцефалия, деформированные и низко расположенные ушные раковины, мягкий ушной хрящ, миндалевидные глазные щели, эпикант, гипертелоризм, страбизм, высокое небо, подковообразная форма рта с короткой верхней губой, неправильный рост зубов. У мальчиков наблюдается гипогенитализм, крипторхизм, у девочек – недоразвитие больших и малых половых губ. В пубертатном возрасте нередко присоединяется диабет. Этиология неизвестна, в патогенезе большое значение придается поражению гипоталамуса.

**Праксис** *(греч. praxis* – действие). Способность производить целенаправленные действия, движения. Различные формы нарушений действия объединяются понятием «апраксия». Кроме того, к апраксиям в качестве относительно самостоятельной их формы

относят расстройства письма, аграфию.

**Превентивный** *(лат. praeventum* – упреждать, предупреждать). Предупредительный, профилактический, предохранительный, например, П. госпитализация, П. симуляция.

**Прево симптом** [Prevoust]. Одновременное отклонение головы и глазных яблок в сторону поражения при гемиплегиях (по образному выражению, «больной как бы смотрит на свой патологический очаг»).

**Предболезнь.** [Семичов С.Б., 1987]. Дисфункциональное состояние, психическая дезадаптация, выходящая за рамки нормы, но не достигающая степени болезни. П. отражает вероятность возникновения заболевания. Присущая ей дезадаптация достигает степени субклинических расстройств, однако от болезни они отличаются одним или несколькими следующими признаками: клинической неочерченностью расстройств, большей их обратимостью, эпизодичностью, парциальностью, доступностью контролю сознания и воли, наличием критики. Такое понимание П. способствует улучшению диагностики психических расстройств, решению вопросов прогноза заболевания, выделению групп повышенного риска. В теоретико-методологическом аспекте оно позволяет более точно решать проблемы психиатрической нормологии, снабжает психиатров предпосылками для изуче-

ния саногенетических, противостоящих болезни, факторов.

**Предвестники болезни.** Ранние симптомы болезни, предшествующие ее основным проявлениям, манифестации. См. *Форпостсиндромы при шизофрении.*

**Предвестники припадка.** Соматические или психические изменения, иногда предшествующие наступлению судорожного припадка. Иногда они обнаруживаются только на ЭЭГ. Возникают за несколько часов или суток до наступления припадка. Проявляются чувством жара, холода, болями, локализуемыми в различных частях тела, тошнотой, головной болью, слабостью, чувством разбитости, тоской. Следует отличать от ауры, которая является началом самого припадка.

Син.: продром эпилептический, проявления предприпадочные эпилептические.

**Споделирий** *(лат. prae – находящийся впереди чего-либо, предшествующий + делирий).* Начальная стадия делирия, характеризующаяся беспокойством, тревожно-подавленным настроением, страхами в вечернее время, бессонницей, недостаточностью внимания, затруднением его концентрации и неустойчивостью, вегетативными расстройствами. Нередко, при своевременном начале лечения, симптоматика

собственно делирия не развивается, он протекает в редуцированном виде.

**Предилекционные расстройства** *(пре + лат. diligo, dilexi* – высоко ценить). Предпочтительные, типичные, очень характерные, хотя и не строго специфические, патогномические проявления отдельных психических заболеваний или их групп.

**Предрасположение.** Наличие врожденных или приобретенных признаков индивидуума (биологических, личностных), способствующих возникновению определенного заболевания.

**Предсердная тоска.** Чувство невыносимой психической боли (см. *Психалгия),* сопровождающееся крайне тяжелым ощущением в области сердца. Боль настолько невыносима, что больной начинает стонать и метаться. Наблюдается в предынфарктных состояниях и при эндогенных (витальных) депрессиях.

**Представление.** Наглядный образ предмета или явления, возникающий на основе припоминания или же продуктивного воображения, на основе имевших место ощущений и восприятия. В познавательной деятельности П. занимает положение, промежуточное между восприятием и абстрактно-логическим мышлением. В связи с тем, что П. воскрешают прошлый опыт в памяти или воображении, различают П. памяти и П. воображения. П. различают также по их модаль-

ности – зрительные, слуховые, кинестетические и т.д. П. является суммированными образами многих восприятий отдельных объектов. При некоторых психических расстройствах П. могут быть либо более, либо менее яркими, чувственными. При опухолях затылочной области они вовсе отсутствуют в сновидениях [Гринштейн А.М.].

**Предфаза** [Юдин Т.И., 1941]. Начальный этап шизофренического процесса, характеризующийся наличием негативной симптоматики (аффективное снижение, угасание психической продуктивности, затруднения осмысления нового материала, непродуктивные расстройства мышления) и предшествующий манифестации продуктивной психотической симптоматики. Понятие, близкое к гипофазе. Часто наблюдается при начинающейся гебоидным синдромом юношеской злокачественной шизофрении [Элиава В.Н., 1982], при этом отмечено, что развивающийся на негативном фоне гебоидный синдром носит редуцированный характер.

**Предынсультное состояние.** Наблюдающиеся у больных гипертонической болезнью и церебральным атеросклерозом состояния, характеризующиеся нарастающей головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой. АД при этом оказывается или резко повышенным или падает. П.с. нередко предшеству-

ет острым нарушениям мозгового кровообращения, функциональным и органическим.

**Прекома** *(пре + кома).* Начальная стадия коматозного состояния в виде оглушенности, сопора. В отличие от развернутого коматозного состояния сохраняются рефлекторные реакции, сильным болевым, звуковым или световым раздражением больной может быть выведен из этого состояния.

Син.: прекоматозное состояние.

**Преморбидное состояние** *(пре + лат. morbus –* болезнь). Совокупность факторов (врожденных и приобретенных, биологических и психологических), принимающих участие в возникновении, формировании и течении заболевания. К факторам П.с. относятся конституционально-биологические особенности, явления резидуально-органической церебральной патологии, интеркуррентные заболевания, как соматические, так и психические. П.с. не может рассматриваться как нечто фатальное, роковое, тем более, что оно включает в себя не только имеющие отрицательное значение моменты, но и защитные механизмы – физиологические и психологические (см.). Понятие П.с. шире понятия предболезни (см.), отражающего наличие психической дезадаптации, протекающей, однако, на субклиническом уровне.

Син.: преморбид.

**Препсихопатическое состояние** *(пре + психопатия)* [Tramer M., 1949; Кербиков О.В., Гиндикин В.Я., 1960]. Стадия, предшествующая окончательному сформированию краевых психопатий, завершающая психопатическое развитие. На этой стадии еще отсутствуют тотальность патологических черт личности и существенные нарушения социальной адаптации, психопатические черты личности еще обратимы и, при благоприятных условиях, психопатия может не сформироваться.

**Пресбиофрения** *(греч. presbys* – старый, *phren* – ум, разум) [Wernicke C., 1881]. Особая форма старческого слабоумия, характеризующаяся относительно неглубокой деменцией с эмоциональной живостью при наличии выраженных расстройств памяти. Различались хроническая П., соответствующая современным представлениям о конфабуляторной форме старческого слабоумия, и острая П. с клинической картиной старческого делирия. В ряде случаев пресбиофренный синдром является лишь стадией развития заболевания, например, Альцгеймера болезни. Этиопатогенез неоднороден – пресбиофренные синдромы могут быть сенильно-атрофического, атеросклеротического и сочетанного, сосудисто-атрофического генеза.

Понятие П. введено впервые K. Kahlbaum [1863],

но в его понимании оно отличалось более широким содержанием и соответствовало современным представлениям о старческом слабоумии.

**Пресенильный** *(пре + сенильный).* Предстарческий, предшествующий сениуму. Термин используется для определения ряда психических заболеваний пожилого возраста – П. депрессия, П. психозы, П. деменция.

**Пресениум** *(пре + лат. senium* – старость). Возрастной период, предшествующий старости. Охватывает возраст 45-60 лет (по геронтологической классификации ВОЗ этот возраст определяется как средний), в котором наиболее часто обостряются или развиваются некоторые психозы, протекающие с нарастающей деменцией или аффективно-бредовыми расстройствами.

**Преследуемые–преследователи.** Феномен, часто наблюдающийся при персекуторном бреде, когда больные в порядке бредовой защиты совершают агрессивные действия, направленные против мнимых преследователей.

**Пресомноленция** *(пре + лат. somnolentus* – сонливый) [Walther-Buel H., 1951]. Синдром расстроенного сознания, комбинация амнестических расстройств и оглушенности. Рассматривается как легкое проявление органического психосиндрома. Характерны дез-

ориентировка, затруднение понимания, ослабление запоминания. Возникает остро. Наблюдался при опухолях головного мозга.

**Приапизм.** Чрезмерно длительная и болезненная эрекция, при этом нередко половое влечение отсутствует. Наблюдается при органической патологии ЦНС. Названо по имени Приапа – бога садов и плодородия, а в последующие времена – бога сладострастия в древней Элладе.

**Привыкание.** Особенность состояний хронической интоксикации, когда определенная доза наркотического или токсического вещества перестает давать желанный эффект и требуется прибегать для его получения к повышению дозы. Один из механизмов формирования наркомании и токсикоманий.

**Приливы.** Преходящее чувство жара в коже лица, шеи, груди, вызываемое резким расширением сосудов кожи. Частый признак климаксов.

**Примордиальный** *(лат. primordialis* – первоначальный, изначальный). Первичный. Например, П. бред – синоним понятия «первичный бред».

**Принцип нестеснения.** Принцип содержания психически больных в стационарах при условиях, максимально приближающихся к режиму обычных соматических больниц, с устранением любых мер принуждения.

**Принцип открытых дверей.** См. *Принцип нестеснения.*

**Принцип соответствия** [Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я., 1964]. Психиатрическая диагностическая концепция. В установлении диагноза большое значение придается соотношению: 1) между состоянием больного и анамнезом, сроками течения болезни, особенностями развития симптомов; 2) между признаками, наиболее типично отражающими сущность болезни, и дополнительными; 3) между психопатологическими особенностями и данными лабораторных и соматоневрологических исследований; 4) между синдромами и основными типами течения (например, фазой, реакцией, процессом). Придается значение совместимости типичных и не свойственных заболеванию признаков в развитии болезни, их сочетаниям.

**Припадок.** Внезапно появляющееся кратковременное, обычно многократно повторяющееся болезненное состояние, характеризующееся потерей сознания, судорогами и др. Патогенез сложен, причины разнообразны – наличие эпилептогенных и эпилептических очагов, аноксия, нарушения обмена веществ в ткани головного мозга, психогении (психический П.), явления нарколепсии, каталепсии. Возможно сочетание нескольких патогенных факторов.

**П. децеребрационный** Характеризуется тоническими судорогами всех мышц с опистотонусом и развивается при острой ишемии головного мозга, например, при диффузном некрозе коры больших полушарий.

**П. диакоптический** *(греч. diakopto* – насильственное прерывание) [Janzen R., 1961]. Особая форма эпилептиформных припадков, характеризующаяся внезапно наступающими расстройствами дыхания (Чейна– Стокса дыхание, апноэ), протекающими без судорожных проявлений. Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга мезенцефальной локализации, а также при поражении продолговатого мозга.

**П. истерический** возникает психогенно, обычно в присутствии посторонних, содержит элементы театральности. Падение тела медленное, без ушибов и других повреждений. Бурные выразительные движения (заламывания рук, катание по полу), возможна истерическая дуга. Протекает на фоне суженного сознания.

**П. каталептический** характеризуется кратковременной утратой мышечного тонуса при внезапном воздействии внешнего раздражителя в состояниях перехода от сна к бодрствованию и наоборот. Может наблюдаться при нарколепсии, некоторых поражени-

ях головного мозга.

**П. паралитический** наблюдается при прогрессивном параличе и протекает по типу эпилептиформного, напоминающего джексоновский. После него могут остаться преходящие параличи или парезы.

**П. синкопальный** *(лат. syncope* – обморок) [Schulte W., 1949]. Кратковременные припадки слабости. Обморочному состоянию предшествуют неопределенные ощущения, чувство потемнения в глазах, страх, обильное потоотделение. Отмечается кратковременное помрачение сознания. Судороги отсутствуют. Иногда наблюдаются случаи самоповреждения. Наблюдается в дневное время, часто после длительных прогулок, сильного возбуждения, значительной статической нагрузки, вследствие испуга. Могут возникать и вне какой-либо внешней причины. По генезу могут быть идиопатическими и симптоматическими (например, после травмы головного мозга). Занимают промежуточное положение между истерическими и органическими припадками, однако при длительном течении заболевание может приобрести характер психомоторной эпилепсии.

Син.: П. вегетативные, П. вазомоторные, П. вагова-зальные.

**П. эклamптический** наблюдается при эклампсии беременных, носит эпизодический характер. В ана-

мнезе нет указаний на эпилепсию. Характерны фибриллярные судороги мышц лица, распространяющиеся на скелетную мускулатуру, затем тонические судороги мышц тела, сменяющиеся клоническими судорогами мышц тела и затем верхних и нижних конечностей. Завершается коматозным состоянием. Появлению П. предшествует симптоматика нефропатии.

**П. эпилептиформный** возникает при активно текущих экзогенно-органических и органических процессах – инфекционном, интоксикационном, опухолевом, – либо вследствие резидуальной органической патологии, например, после черепно-мозговой травмы. П. носят аутохтонный характер, обычно не зависят или мало зависят от внешних провоцирующих факторов, по клиническим проявлениям напоминают эпилептические, однако в межприпадочном периоде больные не обнаруживают присущих эпилепсии психических изменений. (См. *Кронфельда интерпароксизмальный синдром).*

**Припадок эпилептический.** Припадок при эпилепсии, возникающий в связи с чрезмерным возбуждением и разрядом в нейронах головного мозга, в том числе в зоне эпилептического очага.

**П.э. абдоминальный** характеризуется неприятными ощущениями или болями в околопупочной и подложечной областях, явлениями дисфункции желудоч-

но-кишечного тракта. Часто протекает с помрачением сознания. Локализация эпилептического очага в инсулярной или периинсулярной области.

**П.э. абортивный** – редуцированный, с отсутствием или слабой выраженностью отдельных его компонентов.

**П.э. автоматизма** – генерализованный или фокальный припадок с непроизвольной относительно координированной, упорядоченной двигательной активностью на фоне помраченного сознания, с последующей амнезией.

**П.э. адверсивный** характеризуется движением глаз, головы, туловища. Поза больного производит впечатление поворота как бы для того, чтобы посмотреть вбок или назад. Поворот всегда противоположен стороне локализации эпилептического очага, располагающегося в лобной или височной области или в дополнительной моторной области.

**П.э. акинетический** *(греч. а* – не, *kinesis* – движение) [Doose H., 1964]. Форма малого эпилептического припадка. Чаще наблюдается у детей в возрасте от 9 месяцев до 9 лет. Больной внезапно застывает, как будто пораженный молнией. Отсутствуют элементы мышечного возбуждения. На ЭЭГ типичные комплексы «пик-волна». Прогноз мало благоприятен. Часто наблюдается прогрессирующая деменция.

Син.: акинетический пти-маль, амиостатический припадок, миоклонически-амиостатический припадок, статический припадок [Hunt J.R., 1922].

**П.э. акустикогенный.** См. *П.э. рефлекторный слуховой.*

**П.э. амбулаторный** протекает с амбулаторным автоматизмом. При большой продолжительности говорят об эпилептической фуге.

**П.э. амнестический с сохранением сознания–** невозможность запомнить происходящее, хотя сознание не нарушено. Наблюдается при эпилептическом очаге в коре лобной доли.

**П.э. атонический** – генерализованный, с падением постурального тонуса и тела больного, с потерей сознания. По длительности различают мгновенное падение (доли секунды), атонический абсанс (3-5 сек) и истинный атонический П.э. (несколько минут).

**П.э. аудиосенсорный.** См. *П.э. рефлекторный слуховой.*

**П.э. аутоиндуцированный** произвольно вызывается самим больным. Встречается редко, главным образом наблюдается у детей с умственным недоразвитием. Для самопровоцирования П. используется прерывание быстрыми движениями рук поступления в глаз солнечных лучей, гипервентиляция, длительная фиксация взгляда на резко контрастном объекте.

Син.: П.э. аутопровоцированный.

**П.э. афатический** – фокальный П., характеризуется полной или частичной моторной или сенсорной афазией. Эпилептический очаг в области нижней лобной или височно-теменной области доминантного полушария.

**П.э. аффективный.** 1. Возникающий под влиянием аффекта. 2. Начальные проявления характеризуются немотивированным резким аффектом (чувство страха, реже – радости, удовольствия, ярости). Очаг в переднемедиальной части височной доли.

**П.э. большой** – типичный П.э., протекающий с тоническими, а затем клоническими судорогами, непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией, прикусыванием языка, последующими нарушением сознания и сном.

Син.: П.э. тонико-клонический.

**П.э. вегетативный.** 1. Разновидность генерализированного или фокального П. с преимущественно вегетативными расстройствами (тахикардия, гипертензия, учащение дыхания, мидриаз и др.), сенсорными или моторными феноменами. Иногда при этом преобладают вазомоторные расстройства, иногда вегетативные проявления возникают рефлекторно (П.э.в. рефлекторный). В некоторых случаях имеет место внезапное возникновение чувства жажды или голода,

сексуальное возбуждение (П.э.в. галлюцинаторный).

**П.э. височный.** Пароксизмы вызываются височной локализацией нейронных разрядов.

**П.э. вкусовой.** Фокальный П., клиническая картина которого характеризуется, главным образом, вкусовыми ощущениями. Это либо усиление вкусовых ощущений, гипергевзия, либо искаженное восприятие вкуса (П.э.в. иллюзорный), либо появление вкусовых ощущений без раздражителя (П.э.в. галлюцинаторный). Локализация очага в инсуло-периинсулярной зоне коры.

**П.э. вокальный** характеризуется либо остановкой речи неафатического типа, либо продолжительной речевой артикуляцией или ритмической модуляцией гласных (эпилептическая вокализация). В случаях фокального П.э.в. локализация очага в нижней роландовой области или в дополнительной моторной зоне.

**П.э. вращательный** характеризуется одним или несколькими поворотами туловища вокруг вертикальной оси.

**П.э. вызванный.** Вызывается каким-либо определенным фактором, предрасполагающим или играющим роль пускового механизма (гипертермия, гипервентиляция, алкоголь, аффективное возбуждение, первичное, непосредственное воздействие на органы чувств).

**П.э. галлюцинаторный.** Разновидность фокального П., выражающегося исключительно или преимущественно эпилептическими галлюцинациями (слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми, смешанными).

**П.э. галлюцинаторный экмнестический.** Содержание зрительных или слуховых галлюцинаций отражает в мельчайших деталях прошлый опыт больного, происходит как бы кратковременное погружение в прошлое.

**П.э. генерализованный.** Характеризуется нарушением сознания, массивными вегетативными нарушениями. Может проходить с тонико-клоническими судорогами, только лишь тоническими или клоническими судорогами, миоклоническими проявлениями. Возможны бессудорожные формы П.э.г. – абсансы, акинетические и атонические П.

**П.э. глазодвигательный** характеризуется сочетанным отклонением глаз в сторону, противоположную эпилептическому очагу, располагающемуся в лобной адверсионной зоне.

Син.: П.э. окулогирический.

**П.э. джексоновский.** Соматомоторный припадок с типичным джексоновским маршем судорог – в порядке их представительства в коре головного мозга. Результат эпилептического разряда с фокальным на-

чалом, распространяющегося по контрлатеральной прероландовой и построландовой коре. Характерен для Браве–Джексона эпилепсии.

**П.э. дисмнестический.** Разновидность фокального П.э., клиническая картина которого определяется нарушением памяти. Локализация очага в височной доле. Включает экмнестические галлюцинации, эпилептическое панорамное видение, а также ощущения «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого» или «никогда не виденного», «никогда не слышанного», «никогда не пережитого». Локализация эпилептического очага – в височной доле.

**П.э. диэнцефально-автономный** (*анат. diencephalon* – промежуточный мозг) [Penfield W., 1929]. Характеризуется преобладанием вегетативной симптоматики: покраснение или побледнение лица, усиленное потоотделение, слюнотечение, зевота, позывы к рвоте, приступообразная головная боль, сердцебиение. Может рассматриваться как вариант джексоновского припадка.

Син.: (гипо)таламический припадок.

**П.э. единичный.** Наблюдается в жизни больного лишь один раз, обычно возникает при наличии судорожной предрасположенности. Может носить характер случайного, но может быть и спонтанным единичным, хотя в этом случае не должен рассматриваться

как доказательство того, что больной страдает эпилепсией [Gastaut H., 1975].

**П.э. жевательный.** Фокальный П., характеризующийся ритмическими жевательными движениями и слюнотечением на фоне нарушенного сознания. Локализация очага – миндалевидное ядро, инсуло-периинсулярная зона, оперкулярная область.

Син.: П.э. мастикаторный.

**П.э. зрительный.** Фокальный П., характеризующийся зрительными ощущениями (фотопсиями, иллюзиями, галлюцинациями). Наблюдается при затылочной эпилепсии с локализацией очага в специфически зрительных зонах коры.

**П.э. идеаторный.** Фокальный П., проявляющийся насильственным мышлением. Очаг – в коре лобной или височной доли.

**П.э. итеративный.** См. *П.э. палилалический.*

**П.э. катамениальный** *(греч. katamenia* – менструация). Возникает в непосредственной временной связи с менструациями.

**П.э. клонический.** Разновидность генерализованного, наблюдается у грудных детей.

**П.э. локальный.** См. *П.э. фокальный.*

**П.э. малый.** Развивается при первично генерализованной эпилепсии и протекает по типу абсансов или миоклонии. Эти разновидности П. могут наблюдаться

сами по себе и в сочетании с тонико-клоническими П.

**П.э. миоклонический** протекает в форме пароксизмов миоклонии.

**П.э. музыкогенный.** Редкая форма фокального П., обусловленного эмоциональным воздействием музыки.

**П.э. обонятельный** характеризуется неприятными обонятельными иллюзиями и галлюцинациями. Очаг – в специфически обонятельной коре. Понятие, близкое П. ункусному.

**П.э. односторонний.** Генерализованный П.э., при котором судороги охватывают лишь одну сторону тела. Чаще наблюдается у детей.

**П.э. палилалический.** Фокальный П.э., картина которого исчерпывается палилалией. Очаг – в дополнительной моторной зоне.

Син.: палилалия эпилептическая, П.э. итеративный.

**П.э. парамнестический.** См. *П.э. дисмнестический.*

**П.э. перемещающийся.** Разновидность большого П.э., при котором судороги поочередно возникают то на одной, то на другой стороне тела.

**П.э. прокурсивный** характеризуется кратковременным помрачением сознания, при котором больной делает несколько шагов или бежит вперед.

**П.э. пропульсивный** *(лат. pro* – вперед, *pella* – толкать) [Janz D., 1955]. Вариант малых эпилептических припадков. Припадки отличаются тоническим сгибанием верхней части туловища или наклоном головы вперед, очень кратковременны, наблюдаются на первом году жизни. Чаще всего связаны с задержкой развития мозга в эмбриональном периоде («внутриутробная эпилепсия»), отмечается значение патологической наследственности. Прогноз неблагоприятный.

Син.: салаамовы судороги, молниеносные судороги, инфантильный (детский) спазм.

**П.э. психический.** Обобщенное понятие, включающее в себя П. со сложными психическими проявлениями – идеаторный, дисмнестический, аффективный.

Син.: умственный П.э.

**П.э. психомоторный** [Gibbs F.A., Lennox W.G., 1937]. На фоне помраченного сознания проявляются двигательные автоматизмы. Часты бессмысленные поступки. Припадок заканчивается вегетативными симптомами. Клиническая картина вариабельна. Аура носит характер обонятельной, вегетативной, эпигастральной, вкусовой, приступов страха, явлений «уже виденного» и «уже слышанного». После ауры следуют глотательные, жевательные движения, чавканье, фрагменты более сложных действий (мани-

пулирование тряпкой, болтание ногами, вязание узлов). Иногда выполняются довольно сложные действия. Лицо краснеет или бледнеет. Припадок длится секунды, иногда минуты. На ЭЭГ – двусторонние пароксизмальные волны (4-6 в 1 с) с преимущественной локализацией в височных и, реже, в лобно-височных отделах головного мозга.

Соответствует сноподобным состояниям, оральным малым припадкам Галлена [Hallen O., 1954].

Син.: П.э. автоматизма.

**П.э. ретрокурсивный** – больной делает несколько шагов назад, туловище также выгибается кзади. Разновидность абсанса.

**П.э. ретропульсивный** *(лат. retro* – направленный назад, *pello* – толкать) [Janz D., 1955]. Вариант малых эпилептических припадков. П.э.р. характеризуется откидыванием головы назад, разгибанием туловища, отведением плеч и направленным вверх взглядом. Рассматриваются как гипертонические абсансы при повышении постурального тонуса. Нередко возникают после психогении. Чаще наблюдаются у девочек. Частота припадков может доходить до 50 в день. Относятся к пикнолепсии.

**П.э. рефлекторный** возникает под воздействием ярких световых *(П.э.р. зрительный)* и громких звуковых *(П.э.р. слуховой)* раздражителей.

**П.э. светочувствительный.** См. *П.э. рефлекторный (зрительный).*

**П.э. сенсорный** характеризуется элементарными и сложными симптомами нарушения восприятия (эпилептические ощущения, иллюзии, галлюцинации).

**П.э. соматосенсорный** характеризуется тягостными ощущениями в различных областях тела, в том числе телесными галлюцинациями.

**П.э. субклинический** обнаруживается только на ЭЭГ. Клинические признаки П.э. отсутствуют.

**П.э. субкортикальный** характеризуется подкорковыми двигательными и (или) вегетативными пароксизмами.

**П.э. тонический.** Генерализованный, очень кратковременный, характеризуется помрачением сознания, массивными вегетативными проявлениями и двусторонними симметричными тоническими судорогами. Наблюдается у детей. См. *Леннокса–Гасто синдром.*

**П.э. ункусный** *(анат. uncus* – крючок гиппокамповой извилины) [Jackson J.H., 1899]. Форма П.э., наблюдаемая при локализации эпилептического очага в передневнутренней части височной доли, особенно в крючке (ункусе), извилине гиппокампа. Характерно внезапное появление обонятельных и вкусовых галлюцинаций. Иногда сочетается с нарушением созна-

ния, сноподобными состояниями.

**П.э. фокальный** отличается тем, что его начальные симптомы выражены меньше, чем при генерализованном, и отражают локализацию эпилептического очага.

**П.э. циркумкурсивный** (*лат. circum* – круг, *cursus* – бег, движение). П. автоматизма, при котором больной ходит по кругу.

Син.: П.э. ротаторный (*лат. rotatio* – вращение).

**П.э. энуретический** характеризуется пароксизмальным недержанием мочи с помрачением сознания. Может быть генерализованным или фокальным (поражение височной доли).

**П.э. эпигастральный.** Фокальный П.э., характеризующийся неприятными ощущениями в эпигастрии. Обычно предшествует абдоминальному, психическому, психомоторному и психосенсорному П.э.

**Присвоения феномен** [Аккерман В.И., 1936]. Наблюдающееся в рамках первичного шизофренического бредообразования вынужденное отнесение к себе больным не зависящих от него объективных связей действительности с последующим приданием им особого символического смысла. Полярный по отношению к присвоению феномен отчуждения сводится к приписыванию важной роли чужому влиянию в осуществлении психической деятельности больного.

Феномены присвоения и отчуждения рассматриваются в единстве их некоей психопатологической пропорции и соответствуют клиническим представлениям о деперсонализационно-дереализационном комплексе, значение которого в генезе шизофренического бреда подчеркивается G. Langfeldt [1956], M. Bleuler [1972], А.А. Меграбяном [1975].

**Приступ падения** *(англ. drop attack).* Внезапное падение вследствие резкого снижения постурального тонуса при нарушении кровообращения в области ретикулярной формации ствола головного мозга. Сознание не нарушено. Сопутствуют явления астении, адинамии. Ср.: коллапс, обморок.

**Приступы клише** *(фр. cliche* – негатив). Проявления психоза – рецидивы, эпизоды, совершенно однотипные по своей клинической картине. Например, рецидивы при некоторых формах шизофрении, периодически протекающие психотические состояния, припадки и эквиваленты у больных эпилепсией (последние Я.П. Фрумкин характеризовал как фотографически повторяющиеся).

**Пробанд** *(нем. Proband).* Лицо, с которого начинается составление родословной при генеалогическом анализе. В последние годы термин употребляется более широко, для обозначения объекта клинического наблюдения, особенно в тех случаях, когда понятие

«больной» неприемлемо, например, когда речь идет об акцентуированной личности.

**Прогерия** (*греч. progeros* – преждевременно состарившийся). См. *Вернера синдром, Гетчинсона–Гильфорда синдром.*

**Прогноз болезни** (*греч. pro* – приставка, обозначающая «находящийся перед чем-либо», «предшествующий чему-либо», *gnosis* – знание). Обоснованное на данных клиники и этиопатогенеза предположение о дальнейшем течении и исходе болезни.

**Прогноз восстановления функций.** Прогностическое предположение о компенсаторных возможностях индивидуума, учитывающее как общие положения о функциональной сохранности органов и систем при данном заболевании, так и индивидуальные (биологические и личностные) особенности индивидуума. Играет важную роль при врачебно-трудовой и медико-педагогической экспертизе.

**Прогноз социально-психиатрический.** Прогностическое предположение о возможностях социально-трудовой реабилитации больного и наиболее рациональных методах ее осуществления.

**Прогноз трудовой.** Прогностическое предположение о возможной трудоспособности больного в будущем и выбор в соответствии с этим наиболее соответствующих особенностям течения болезни, про-

фессии больного до заболевания и соотношению в клинике функциональных и морфологически-деструктивных проявлений поражения ЦНС трудовых рекомендаций.

**Прогредиентность** *(лат. progredior* – идти вперед). Признак, характерный для психических заболеваний, протекающих по процессуальному типу, как эндогенных (шизофрения), так и ряда органических (эпилепсия, старческое слабоумие, болезни Пика и Альцгеймера и др.). П. может быть неуклонной, непрерывной, но наряду с этим наблюдается прогредиентное течение с остановками, ремиссиями. Пример непрерывно-прогредиентного течения – соответствующая форма шизофрении, атрофические психозы. Прогредиентность второго типа наблюдается при приступообразной, рекуррентной шизофрении, церебральном атеросклерозе.

**Продром** *(греч. prodromos* - бегущий впереди). См. *Предвестник болезни.*

**Продромальный период.** Стадия болезни, предшествующая ее основным клиническим проявлениям, манифестации, например, астения в начале прогрессивного паралича.

**Проективные методики** [Frank L.K., 1939]. Понятие, введенное для объединения ряда психологических методик по общему для них принципу выявле-

ния специфических личностных особенностей в ситуации эксперимента, отличающейся неопределенностью стимульного материала. В соответствии с концепцией С.Л. Рубинштейна, по которой внешние причины действуют через внутренние условия, которые сами формируются в результате внешних воздействий на психику, проективные психологические методы можно рассматривать как приемы опосредованного изучения личности, базирующиеся на создании специфической пластической стимульной ситуации. Такого рода экспериментальная ситуация в силу активности процесса восприятия создает условия, благоприятные для проявления тенденций, установок, эмоциональных состояний и других особенностей личности [Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф., 1976, 1978]. По Е.Т. Соколовой [1980] проективный метод, ориентированный на изучение неосознаваемых или не вполне осознанных форм мотивации, является чуть ли не единственным собственно психологическим методом проникновения в наиболее интимную область человеческой психики. Различают следующие группы проективных методов: 1) методы структурирования (Роршаха тест); 2) методы конструирования (Шнейдермана тест составления картинки, Лёвенфельд–Бюлер тест миросозидания); 3) методы дополнения (Закса–Леви тест незаконченных предложений,

Юнга ассоциативный эксперимент); 4) методы катарзиса (Морено психодрама); 5) методы изучения экспрессии (анализ почерка, особенностей речевого общения); 6) методы изучения продуктов творчества (Гуденах, Маховер тесты, Букка тест рисунка дома – дерева – человека).

**Проекция.** Один из механизмов психологической защиты. Бессознательная попытка освободиться от неприемлемой, навязчивой тенденции (мысли, чувства, мотивы), приписывая их другим. Так, окружающим приписываются собственные отрицательные черты. Невозможность объективно оценить себя с помощью механизма проекции приводит к интактности морального самосознания, к убежденности в том, что происшедшие неприятные события являются результатом личностных особенностей и проявлением деятельности других людей.

**Прозопагнозия** *(греч. prosopon* – лицо, *а* – не, *gnosis* – познание) [Bodamer J., 1947]. См. *Агнозия.*

**Промышленная реабилитация.** Метод трудовой терапии на промышленном производстве. Больной перемещается из психиатрического стационара в общество здоровых людей, участвует в коллективном труде. Включает в себя элементы трудовой терапии, терапии средой, терапии занятостью. Речь идет о социотерапии в условиях открытого производства. Про-

грамма участия в трудовых процессах индивидуализирована и осуществляется под медицинским контролем. Вовлечение в трудовые процессы с дальнейшим трудообучением и трудоустройством носит поэтапный, ступенчатый характер.

**Проприоцептор** *(лат. proprius* – собственный + *рецептор).* Нервные окончания, расположенные в тканях мышечно-суставного аппарата, воспринимающие их растяжение и сокращение. Периферическое звено анализатора мышечно-суставной чувствительности, проприоцепции.

**Пропульсия** *(лат. propello* – толкать вперед). Непреодолимое ускорение движения туловища больного вперед при ходьбе или после легкого толчка. Наблюдается при болезни Паркинсона и паркинсонизме.

**Проскинезия** *(греч. pros* – сверх того, еще, *kinesis* – движение) [Leonhard K., 1936]. Симптом кататонии, заключающийся в том, что любое внешнее раздражение вызывает двигательную реакцию.

**Просоночное состояние патологическое.** Разновидность исключительных состояний, расстройство пробуждения ото сна. Пробуждение после глубокого сна носит неполный характер, переход отдельных систем головного мозга от сна к бодрствованию неравномерен. При «пробуждении» относительно более простых двигательных функций остается затор-

моженным сознание. Это приводит к помрачению сознания по сумеречному типу с глубокой дезориентировкой. Под влиянием иллюзорных и галлюцинаторных переживаний в сумеречном состоянии больные могут совершать ряд автоматизированных, неосознаваемых действий, часто опасных для себя и окружающих. После окончательного пробуждения – амнезия. Важную роль в этиопатогенезе играют резидуально-органическая патология головного мозга и временно действующие патогенные факторы (алкоголь), отмечается также роль предшествующего эмоционального напряжения, переутомления, вынужденной бессонницы, соматогенной астенизации [Морозов Г.В., 1988]. Ср.: опьянение сном.

**Протопопова триада** [Протопопов В.П., 1920]. Симптомы, обусловленные нарушениями деятельности автономной нервной системы (симпатикотония) при циркулярном психозе: учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам. Наблюдается в остром периоде болезни, при депрессивной (главным образом), но и при маниакальной фазах.

**Протрагированный** *(лат. protraho* – затягивать). Затянувшийся, затяжной. Например, П. реактивное состояние, П. сумеречное состояние, П. инсулиновый шок.

**Протромбиновый индекс.** Показатель, сравнива-

ющий протромбиновое время (продолжительность в секундах свертывания сыворотки крови с образованием сгустка в присутствии тромбопластина и солей кальция) обследуемого больного со стандартными нормативами. Выражается в процентах. Характеристика П.и. важна для начала проведения терапии нейролептиками.

**Профилактика** *(греч. prophilaktikos* – предохранительный). Совокупность мероприятий, направленных на предупреждение развития заболевания или его рецидива. Задачи П.: 1. Предотвращение действия на организм болезнетворных причин. 2. Предупреждение развития заболевания путем ранней диагностики и лечения. 3. Предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

**Профундосомния** *(лат. profundus* – глубокий, *somnus* – сон) [Буянов М.И., 1985]. Чрезмерно глубокий сон, протекающий практически без сновидений; спящего трудно разбудить. При П. у детей наблюдается недержание мочи и кала.

**Процесс-психоз.** Термин был предложен Н.П. Бруханским [1934], различавший П.-п. как самостоятельное заболевание, близкое, по нашим представлениям, ядерной шизофрении и противопоставлявшим его так называемой «шизофрении развития». Эта точка

зрения не получила дальнейшего развития. В настоящее время термин П.-п. употребляется крайне редко и обозначает эндогенное прогредиентное психическое заболевание, приводящее к стойким, необратимым изменениям личности.

**Псевдоабсанс височный** *(греч. pseudo* – ложь, *фр. absence* – отсутствие) [Gastaut H., 1954]. Несудорожные эпилептические припадки, напоминающие истинные абсансы, но отличающиеся отсутствием характерных для них комплексов пик-волна с частотой 2-3 в 1 с. Рассматриваются как упорядоченные, редуцированные моторные припадки. Характерно кратковременное помрачение или выключение сознания.

Син.: фокальный припадок височной доли с затемнением сознания, псевдоабсанс височной доли.

**Псевдогаллюцинации** *(псевдо + лат. hallutinatio* – бред, видение) [Кандинский В.Х., 1880]. Расстройства восприятия, подобные галлюцинаторным, однако, в отличие от них, лишенные «ощущения объективности и действительности». Не отождествляются *с* реальными образами и не проецируются вовне. Восприятия сохраняют чувственный характер. Различают П. зрительные, слуховые, обонятельные, двигательные, кинестетические, проприоцептивные, речедвигательные. Больные «слышат» голоса, звучащие в голове, воспринимают звучание мыслей, видят «внутренним

глазом», говорят о запахах, исходящих из головы, из крови, из глаз и т.п.

Входят в Кандинского–Клерамбо синдром психического автоматизма.

**П. Вайтбрехта.** См. *Вайтбрехта псевдогаллюцинации.*

**П. гипнагогические** [Grzywo-Dabrowski W., 1912]. Проявляются при закрытых глазах, воспринимаются «внутренним глазом». Содержание их стереотипно повторяется, оно не зависит от действительных переживаний больного, восприятие характеризуется большой четкостью. Сохраняется критическое отношение к П.г., понимаемым как нечто чужеродное. Описаны при соматогенных психических нарушениях, протекающих с лихорадочным состоянием.

**П. опосредованные** [Фрумкин Я.П., 1939]. Достаточно громкие обманы слуха, воспринимаемые внутри тела, которые повторяют мысли больного или читаемые им слова, комментирующие его поступки. Они сопровождаются чувством сделанности.

**П. рефлекторные** [Руднев В.И., 1911]. Псевдогаллюцинаторно больной слышит слова, действительно произносимые в это время и воспринимаемые им обычным путем.

**П. экстракампинные** *(лат. extra* – вне, *campus* – поле) [Гиляровский В.А., 1938]. Зрительные псевдо-

галлюцинации, локализуемые вне поля зрения. Описанная больная видела особые световые полосы позади своих глаз, где-то внутри головы.

**Псевдогаллюциноз** *(псевдо + лат. hallutinatio* – бред, видение, – *osis* – суффикс, обозначающий болезнь, болезненное состояние) [Рыбальский М.И., 1982]. Синдром расстройств восприятия, обладающих интрапроекцией и имеющих экзогенную природу. В отличие от Кандинского псевдогаллюцинаций, слышимые внутри головы голоса или видимые в экстрапроекции, но мозгом, а не глазами, зрительные образы возникают на фоне измененного сознания или же в ночное время, вечером, в состоянии утомления, сонливости, им не сопутствуют нарушения мышления (до и после галлюцинирования), они не сопровождаются чувством чуждости или сделанности. Восстановление сознания характеризуется восстановлением полной критики к перенесенному. Критика может ослабевать при хроническом течении П. Наблюдается при хронической алкогольной интоксикации. Отличается от истинного галлюциноза особенностями проекции галлюцинаторных образов.

**Псевдодеменция** *(псевдо + деменция)* [Wernicke C., 1900]. Один из вариантов истерической реакции, обычно подостро возникающий и характеризующийся симптомами миморечи, мимодействия, картиной мни-

мого снижения уровня интеллектуальной деятельности. Больные бессмысленно таращат глаза, дурашливы, не могут ответить на элементарный вопрос и тут же неожиданно верно выполняют более сложное задание. От Ганзера синдрома отличается меньшей глубиной расстроенного сознания, хотя вопрос о том, является ли П. самостоятельным синдромом или же составной частью Ганзера синдрома, до сих пор остается дискуссионным.

**Псевдодипсомания** *(псевдо + дипсомания).* В отличие от истинной дипсомании интервалы в злоупотреблении алкоголем обусловлены внешними обстоятельствами (отсутствие средств, некоторые жизненные коллизии), но способность продолжать прием спиртных напитков в этот период не утрачена, воздержание носит вынужденный характер. Влечение к алкоголю сохранено.

Син.: дипсомания ложная, запой ложный, псевдозапой.

**Псевдоимпотенция** *(псевдо + импотенция).* Ошибочное представление некоторых мужчин относительно их сексуальной полноценности, вызванное отсутствием правильных представлений о нормальных проявлениях половой функции (длительность полового акта, количество фрикций, характеристика половой активности).

**Псевдология фантастическая** *(псевдо + греч. logos* – речь, рассказ) [Delbruck A., 1891]. Патологическая лживость. Однако в описанном автором виде она не может считаться полным синонимом мифомании, так как при П.ф. не подчеркивается роль особой конституциональной предрасположенности и каких-либо внешних обстоятельств. Более того, A. Delbruck писал о том, что П.ф. наблюдается при психических заболеваниях различной этиологии: при эпилепсии, циркулярном психозе, прогрессивном параличе. Таким образом, термины П.ф. и мифомания следует рассматривать как близкие, частично совпадающие понятия.

**Псевдомелия** *(псевдо + греч. melos* – часть тела, конечность). Проявление соматоагнозии. Ложное ощущение наличия лишней конечности на стороне, противоположной субдоминантному полушарию при поражении его органическим процессом.

**Псевдомелия парестетическая.** Ложное ощущение парестезии и движений парализованной конечности.

**Псевдопаралич** *(псевдо + паралич).* См. *Синдром псевдопаралитический.*

**П. алкогольный.** Вид хронической алкогольной энцефалопатии. Развивается после тяжелых делириозных состояний и острых алкогольных энцефалопатии, однако возможно и постепенное его развитие

на фоне прогрессирующей алкогольной деградации. Клиническая картина напоминает дементную или экспансивную форму прогрессивного паралича. Характерны глубокое слабоумие глобарного типа, нарушения критичности мышления, признаки морально-этического снижения, мегаломанические или нигилистические бредовые идеи, эйфорическое или тревожно-депрессивное настроение. Возможны как регредиентное (после острого алкогольного психоза), так и прогредиентное течение.

**П. атеросклеротический.** Различают два типа П.а.: первый характеризуется сочетанием «неполностью» глобарной деменции с эйфорией или экспансивно-маниакальным состоянием при относительной устойчивости, стабильности течения; второй – эпизодический, транзиторный, протекающий обычно на фоне измененного сознания [Посвянский П.Б., 1960]. Второму типу более присуще мерцание симптоматики.

**П. сифилитический.** Наблюдается при сосудистом сифилисе головного мозга, клиническая картина напоминает простую форму прогрессивного паралича. Глубокое слабоумие глобарного типа. Настроение либо беспечно-эйфорическое, либо депрессивно-ипохондрическое. Развитие постепенное или острое, после инсультов. Нередко наблюдаются расстройства

памяти по корсаковскому типу.

**П. эпилептический** [Pelez, 1907]. Развивается постепенно. Характеризуется бредовыми идеями величия, благодушно-эйфорическим настроением, беспечностью, снижением критичности мышления, достаточно быстро прогрессирующим слабоумием, рано приобретающим характер глобарного. Экспансивные бредовые идеи нелепы, фантастичны. Бред всегда крупномасштабен, близок к бреду воображения, в нем отсутствуют элементы интерпретации. Течение медленное, относительно стабильное. Уже в самом начале П.э. отмечается выраженное снижение основных морально-этических свойств личности и антисоциальные тенденции [Левятов В.М., 1972]. Тот же автор с помощью пневмоэнцефалографии установил при П.э. наличие атрофии коры головного мозга и подкорки и гидроцефалии, как при истинном прогрессивном параличе.

**Псевдоперверсии** *(псевдо + перверсии).* Влечение, интерес к некоторым перверсным проявлениям при сохранной способности к нормальной половой жизни. Обычно вне особых жизненных условий перверсные тенденции остаются нереализованными. Иногда П. носят характер навязчивых представлений, мыслей, своего рода перверсиофобии.

**Псевдопсихопатия** *(псевдо + психопатия)* [Оси-

пов В.П., 1936]. Вариант краевой психопатии (см. *Кербикова–Фелинской генетическая систематика психопатий).* Психопатизация, характерологические изменения личности, является следствием перенесенного приступа эндогенного психоза (понятие спорное, так как в этих случаях трудно доказать факт остановки прогредиентности эндогенного заболевания, речь может идти о психопатоподобном дефекте текущего процесса) или органического заболевания головного мозга (характеропатический вариант органического психосиндрома).

**Псевдоптиализм** *(псевдо + греч. ptyalon* – слюна) [Осипов В.П., 1923]. Накапливание во рту больными кататонической формой шизофрении большого количества слюны, которая затем проглатывается или выплевывается. При этом явления гиперсаливации отсутствуют.

**Псевдореминисценции** *(псевдо + лат. reminiscentia* – воспоминание). Вид простых парамнезий. Обманы памяти, заключающиеся в смещении времени событий, действительно имевших место в жизни больного. События прошлого выдаются за настоящее. В отличие от конфабуляций П. относительно более стойки, менее разветвлены, повторно высказываются больными. П. наблюдаются при корсаковском синдроме.

**Псевдотумор** *(псевдо + лат. tumor* – опухоль). Ложная опухоль. Псевдотуморозный синдром развивается при различных органических поражениях головного мозга неопухолевого генеза, наиболее часто при сосудистых заболеваниях (в связи с аневризмой сосудов головного мозга, особенно интракраниального отдела внутренней сонной артерии, при гипертонической болезни). В первом случае клиника характеризуется периодической мучительной болью в глазу и половине лба, зрительными нарушениями (амавроз, скотома, височная квадрантная гемианопсия), парезом или параличом глазодвигательного, отводящего и тройничного нервов; во втором – напоминает картины опухоли головного мозга лобной локализации (головные боли, эйфория, иногда мория, раздражительность, гневливость, брадипсихизм). При П. сосудистого генеза обнаруживаются явления гипертензионного синдрома. П. наблюдается также при одном из вариантов течения лейкоэнцефалита Шильдера.

**Псевдошизофрения** *(псевдо + шизофрения)* [Rumke H.C., 1958; Zec N., 1966]. Психотические состояния, внешне напоминающие по своей клинической картине шизофрению, но отличающиеся иным генезом симптомов и своеобразием течения. По N. Zec, различаются три группы псевдошизофренических синдромов:

I. *Эпилептоидная П.* характеризуется бредовыми идеями, слуховыми галлюцинациями, явлениями деперсонализации и дереализации, возникающими чаще всего после прекращения эпилептических припадков или в связи с кратковременными состояниями помраченного сознания. При отсутствии эпилептического анамнеза важное диагностическое значение приобретают характерные изменения ЭЭГ и успешность противоэпилептической терапии.

II. *Невротическая П.* возникает у невротиков и сенситивных личностей. Реактивно-психогенное начало. Типичны идеи самообвинения и греховности, упорные суицидальные попытки. Отмечается кататоническая и гебефренная симптоматика.

III. *Симптоматическая П.* соответствует представлениям о соматогенно-обусловленных (экзогенных) психозах, протекающих с шизоформной симптоматикой.

Для всех форм характерно отсутствие отчужденности, больные остаются доступными, эмоционально сохранными.

**Психагогика** *(греч. psychagogia* – привлечение души, убеждение) (Kronfeld A., 1924, 1927]. Один из методов рациональной психотерапии, метод лечебного обучения, воспитания и перевоспитания больного. Под П. понимают все способы, приемы лечебно-вос-

питательной работы с больным, не основанные на внушении (хотя и не исключающие его) и проводимые в состоянии бодрствования. Основная идея П. – обращение к разуму больного, переубеждение его доводами [Bilikiewicz T., 1976].

**Психалгия** *(псих + греч. algos* – боль). 1. Телесное чувство боли, возникшее психогенно, протекающее обычно на фоне симптомов вегетативных расстройств, сопровождается аффектом тревоги и страха. Наблюдается при неврозах, особенно истерическом.

Син.: невралгия истерическая.

2. Чувство боли без четких анатомических границ, лишенной какого-либо телесного субстрата. Чаще всего это боли в голове, груди, сердце. Нередко эта боль трактуется как соматическое проявление страха. Типический симптом эндогенной депрессии и шизофрении по U.H. Peters [1977]. К такому пониманию П. близок и В.А. Жмуров [1988], понимающий ее как мучительную душевную боль и описывающий ее в структуре меланхолического синдрома в качестве признака витальности психических переживаний.

**Психастения** *(псих + астения).* 1. Син. невроза навязчивых состояний (устар. и нерекомендуемый). 2. Форма психопатий, основными чертами которой, по П.Б. Ганнушкину [1933], являются «крайняя нере-

шительность, боязливость и постоянная наклонность к сомнениям» (см. *Патологические сомнения).* Характер психастеника определяется тревожной мнительностью, неуверенностью в себе, однако нередко у психастеников проявляются компенсаторные черты личности в виде эпилептоидных компонентов (торпидность, ригидность, застревание эмоций и мыслительной деятельности, педантичность) [Janet P., 1908]. Такая «сверхточность» при психастенической акцентуации личности и психопатии, по K. Leonhard [1964, 1968], вместо компенсации личностной дезадаптации приводит к усугублению, заострению выраженности аномальных черт, невротическим срывам. У психастеников особенно легко развивается и принимает затяжное течение невроз навязчивых состояний.

**Психиатр** *(псих + греч. iatros* – врач). Врач, получивший специальную подготовку (в интернатуре, на курсах усовершенствования) по психиатрии и владеющий методами диагностики, лечения, профилактики и экспертизы психических заболеваний.

**Психиатрия** *(псих + греч. iatreia* – врачевание, лечение). Клиническая дисциплина, изучающая этиологию, патогенез, клинику, распространенность психических заболеваний, разрабатывающая методы их клинической и лабораторной диагностики, вопросы

диагностики, прогноза, профилактики, критерии экспертизы, порядок проведения социально-трудовой реабилитации. В П. выделяют такие разделы как П. организационная, "возрастная (детская, подростковая, геронтологическая), военная, реабилитационная, социальная (изучает роль социальных факторов в происхождении психических заболеваний и в проведении реабилитационной работы), судебная, эндокринологическая.

**Психиатрия «вращающихся дверей».** Особенность лечения психически больных, характеризующаяся частыми повторными госпитализациями вследствие нестойкости достигаемого медикаментозными средствами терапевтического эффекта и отсутствия систематизированного поддерживающего лечения.

**Психиатрия общая.** Раздел П., изучающий общие закономерности возникновения и развития психических заболеваний, психопатологических процессов и состояний, а также особенности наблюдаемых при них симптомов и синдромов.

Син.: психопатология общая.

**Психиатрия пограничная.** Раздел П., изучающий неврозы, неврозоподобные состояния, психопатии и реактивные состояния непсихотического уровня.

Син.: П. малая.

**Психиатрия частная.** Раздел П., изучающий от-

дельные психические заболевания, их этиологию, патогенез, клинику, лечение, вопросы экспертизы при них.

**Психика** *(греч. psychikos* – относящийся к душе, душевным свойствам). Свойство высокоорганизованной материи, мозга, являющееся особой формой активного отражения субъектом объективной реальности. П. возникает в результате взаимодействия высокоорганизованных живых существ с окружающей действительностью. Психическое отражение порождается деятельностью субъекта, оно опосредует ее и выполняет функцию ориентации, управления ею. Благодаря П. деятельность человека и его поведение постоянно подвергаются саморегулировке. П. определяет деятельность человека, в процессе которой происходит проверка адекватности отражения действительности. П. человека характеризуется возникновением сознания как ведущего уровня регуляции деятельности и формирования личности, являющейся источником высших проявлений активности П. В ней различают осознанные и неосознаваемые формы деятельности (сознательное и бессознательное).

Син.: психическая деятельность.

**Психическая активность.** Одна из характеристик психики, от которой зависит продуктивность психической деятельности. Определяется индивидуаль-

но-личностными свойствами человека, присущим ему уровнем побуждений, жизненным тонусом. Не является категорией константной. Можно судить о преимущественном для определенной личности уровне П.а., однако на протяжении жизни она претерпевает подъем и спады, зависящие как от биологических, так и от социальных моментов. П.а. не всегда соответствует уровню протекания мыслительной деятельности, способностям человека, из-за чего в ряде случаев при выраженной П.а. достижения могут быть незначительными.

**Психическая диссоциация.** Нарушение внутренней связи, последовательности и согласованности психических процессов. См. *Атаксия интрапсихическая. Расщепление, Дезагрегация.*

**Психическая заторможенность.** Замедление темпа протекания психических процессов, психомоторики. Наиболее часто встречается при депрессиях, эпилепсии, постэнцефалитическом паркинсонизме. См. *Брадипсихизм.*

**Психическая нагрузка.** Уровень рабочей нагрузки, выполняемой преимущественно за счет психической деятельности человека в зависимости от условий его работы и обусловленного ими объема переработки информации. Условно различают сенсорную (анализаторную), эмоциональную и интеллектуальную П.н.,

однако такое разделение относительно и возможно только при учете превалирования какого-либо фактора нагрузки.

**Психическая незрелость.** См. *Инфантилизм психический.*

**Психически больной.** Страдающий психическим заболеванием, врожденным или приобретенными расстройствами психики.

**Психические процессы.** Отдельные проявления психической деятельности человека, изучаемые в динамике и условно вычленяемые в качестве относительно изолированных объектов исследования – П.п. ощущения, восприятия, мышления, памяти и т.д.

**Психический распад.** Глубокое расстройство психики, охватывающее все ее проявления, в первую очередь мышление и основные морально-этические свойства личности, протекающее с глубоким нарушением взаимодействия с окружающим миром и полной беспомощностью. Понятие, тождественное психическому маразму.

**Психическое свойство.** Категория, указывающая на известную устойчивость известных психических проявлений, присущую индивиду, на их преобладание в его психической деятельности, закрепленность и повторяемость в структуре личности. Примеры П.с. – тревожная мнительность, эмоциональная ла-

бильность, гипертимность, интро– или экстравертированность и др.

**Психическое состояние.** 1. В психологии: понятие, используемое, в отличие от понятия «психический процесс», для изучения психики в статике. Одно и то же проявление психики может рассматриваться как процесс и состояние, например, аффект характеризует П.с. в определенный относительно ограниченный отрезок времени, но как психический процесс он характеризуется известной стадийностью развития эмоций.

2. В психиатрии: совокупность признаков расстройств психики и характеристика ее сохранных элементов, обнаруживаемые в определенный момент (при первичном осмотре, в процессе лечения, перед выпиской).

**Психоанализ.** См. *Фрейда теория, Неофрейдизм.*

**Психобиограмма.** См. *Кречмера психобиограмма.*

**Психовалеология** *(лат. valetudo* – здоровье, *греч. logos* – наука) [Милев В., 1985, 1988]. Комплекс научных дисциплин, изучающих проблемы психического здоровья человека – индивида, группы людей, народа. Включает в себя проблемы психогигиены и психопрофилактики, клинической психиатрии, использует широкий диапазон методов – общемедицинские, психологические, психофизиологические, психопато-

логические, генетические, социологические и др. Основные задачи: повышение и укрепление резистентности личности к стрессовым и особенно дистрессовым воздействиям; улучшение культуры интерперсональных отношений; воздействие на психику через соматическое оздоровление и др.

**Психогении военного времени.** Психогенно-реактивные состояния, обусловленные психическими травмами военного времени. Наиболее частые формы: острые аффектогенные (эмоциогенные) реакции, аффективные сужения сознания, псевдодементные формы, реактивные депрессии и параноиды [Иванов Ф.И., 1970].

**Психогении следовые** [Фрумкин Я.П., Лившиц С.М., Мизрухин И.А., 1966]. Отражение в содержании психопатологических проявлений психических травм прошлого, не связанных непосредственно с началом заболевания.

**Психогения** (*психо* + *греч. genea* – порождение). 1. Син.: психическая травма. 2. Психогенные заболевания, причиной которых является воздействие психической травмы – неврозы и реактивные психозы. 3. Психогенные наслоения в клинической картине психозов эндогенного и экзогенно-органического происхождения.

**Психогенные развития личности.** Один из вари-

антов патологического развития личности (наряду с патохарактерологическим развитием), приводит к образованию краевых психопатий. Включает в себя невротическое и постреактивное развитие личности.

**Психогенный** *(психо + греч. genes* – порождающий, вызывающий). Вызванный психогенией, психической травмой.

**Психогигиена** *(психо + гигиена).* Наука об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья, система мероприятий, направленных на эти цели. Непосредственно связана с психопрофилактикой, предупреждением возникновения и развития психических заболеваний. Разделы П. отличаются как направленностью мероприятий соответственно основным возрастным периодам (например, П. детского возраста, юношества, пожилых людей), так и характеру деятельности человека (П. труда, П. школьная и т.д.).

**Психодиагностика.** Раздел прикладной (медицинской) психологии, изучающий качественно и количественно состояние основных психических функций при помощи психологических методов. В отличие от патопсихологии, П. в основном использует тестовые методы исследования интеллекта и личности, позволяющие дать оценку изучаемых факторов в количественных показателях.

**Психодизлептики** *(псих + греч. dys* – расстройство, нарушение функции, *leptikos* – способный взять). Группа средств психотропного действия, вызывающих у здоровых людей психические расстройства – иллюзии, яркие зрительные и слуховые галлюцинации, нарушения мышления, явления деперсонализации и дереализации, эйфорию. К П. относятся диэтиламид лизергиновой кислоты, диметилтриптамин, мескалин. Лечебного значения П. не имеют, однако употребляются наркоманами.

Син.: галлюциногены, психотомиметики.

**Психодрама.** См. *Морено метод психодрамы.*

**Психоза структура по Бирнбауму** [Birnbaum K., 1919]. Представление о структуре психоза как о сложном комплексе, в формировании которого принимают участие факторы патогенетические, патопластические и предрасполагающие. К предрасполагающим относятся и этопластические факторы, обусловленные соответствующими чертами характера. В каждом психозе различаются моменты эндогенные, экзогенные, психогенно-реактивные, соматические, функциональные и органические. Их соотношение определяет нозологическую индивидуальность психоза. Такое понимание структуры психоза приводит к необходимости сложного диагноза, многомерной, полидименсиональной диагностики.

См. *Диагностика полидименсиональная.*

**Психозов систематика по Вику** [Wieck H.H., 1961]. Разделение экзогенных психозов на функциональные (обратимые) и протекающие с образованием органического дефектсиндрома.

**Психозомиметические вещества** *(психоз + греч. mimetikos* – подражающий). См. *Психодизлептики.*

**Психозы** *(псих + оз).* Выраженные формы психических расстройств, при которых психическая деятельность больного отличается резким несоответствием окружающей действительности, отражение реального мира грубо искажено, что проявляется в нарушениях поведения и проявлении в психозе несвойственных ей в норме патологических симптомов и синдромов (расстройств восприятия, памяти, мышления, аффективности и др.).

**П. акинетический.** См. *П. двигательный.*

**П. акрихиновый.** Острый экзогенный П., протекающий чаще с маниоформным возбуждением, реже – с депрессией, ступором. Возможны различные степени помрачения сознания, галлюцинаторные переживания, при выраженной интоксикации развивается картина делирия.

**П. антабусные.** Наблюдаются при лечении алкоголизма антабусом (тетурамом) как непосредственно в процессе лечения, так и спустя несколько месяцев

после окончания антабусной терапии. В их течении выделяют 3 стадии: продрома, кульминации психоза и выхода из него. Стержневую роль (осевого синдрома) при П.а. приобретает аментивно-ступидный, как бы сочетающий элементы аменций и «острой деменции» [Зальцман Г.Я., Попова Л.П., 1983]. Те же авторы клинико-феноменологически выделяют 5 вариантов П.а.: 1) аментивно-ступидный вариант, 2) варианте фрагментарными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами, 3) делириозно-онейроидный, 4) острый бредовой, 5) аффективный. Аментивно-ступидный синдром присутствует во всех вариантах, однако в первом им определяется преимущественно вся клиническая картина. Выход в астеническое состояние.

Син.: П. тетурамовые.

**П. алкогольные.** Развиваются во II-III стадиях алкоголизма. Наиболее частые формы – белая горячка пьяниц (алкогольный делирий), алкогольный галлюциноз (острый и, значительно реже, хронический), алкогольные бредовые П. (острый, абортивный, затяжной параноиды, алкогольный бред ревности, принимающий хроническое течение). П.а. могут быть сложными по структуре – в клинике поочередно сменяются картины острых психозов – параноида, вербального галлюциноза, делирия. П.а. возникают при большой давности течения алкоголизма, поражении внутрен-

них органов и метаболизма, в связи с чем в последнее время принято называть их металкогольными.

**П. астматоловый.** Острый экзогенный П., вызванный интоксикацией астматолом. Характеризуется картиной делирия (см. *Делирий астматоловый),* протекающего на фоне гипоманиакального аффекта, с вегетативными расстройствами и нарушениями схемы тела. Длится 1 -3 дня.

**П. атропиновый.** Острый экзогенный П., возникающий при интоксикации атропином (прием атропиносодержащих медикаментозных средств, поедание коробочек мака, листьев белены, красавки детьми). В психиатрической практике П.а. наблюдается при передозировке корректоров при лечении нейролептиками. Характерно резкое психомоторное возбуждение, протекающее с картиной делирия (см. *Делирий атропиновый)* с обильными зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями, аффектом страха и тревоги. Обычно длится 2-3 дня, но при значительной дозировке возможны коматозные расстройства сознания и летальный исход.

**П. аффективные** [Zihen Th., 1911]. Эндогенные психозы, клиническая картина которых в первую очередь определяется расстройствами аффективной сферы, то есть маниакально-депрессивный психоз, инволюционная меланхолия и другие родственные

заболевания. Реактивные психозы, например, психогенная депрессия, в эту группу не включаются. Следует отличать от понятия аффективных психозов K. Kleist, включающего в себя психозы страха (ажитированный психоз страха, ступорозную депрессию страха, ажитированно-ступорозные психозы страха).

**П. аффективный монополярный.** Эндогенный аффективный П., характеризующийся монополярными фазными состояниями (только депрессивными или только маниакальными), разделенными светлыми промежутками. Рассматривается как атипичное течение МДП или форма циклоидных психозов [Leonhard K., 1959].

**П. аффективные органические** [Хвиливицкий Т.Я., 1959]. Выделены при анализе форм аффективных психозов, рассматриваемых как атипичные формы маниакально-депрессивного П. (смешанные состояния, а также случаи, в которых маниакальные или депрессивные фазы протекали с кататоническими включениями или чередовались с онейроидными состояниями). Характерны: 1) наличие диссоциирующей с маниакальными или депрессивными состояниями симптоматики или таких грубых нарушений, как расстройства сознания; 2) стабильность атипичных симптомов, сохраняющихся в течение всего заболевания; 3) часто наблюдающиеся неблагоприятные

исходы в виде стойких астено-абулических изменений личности; 4) злокачественность течения, нарастание частоты приступов; 5) наличие рассеянной неврологической симптоматики, в том числе и изменений глазного дна; 6) изменение состава и давления спинно-мозговой жидкости. Эти клинические особенности подтверждаются данными рентгенологических и электрофизиологических исследований, свидетельствующих об органических изменениях в головном мозге, относящихся к внутриутробному и родовому периодам или раннему детству.

**П. биполярные.** Эндогенные П., в течении которых отмечается чередование противоположных аффективных фаз (мании и депрессии) или других синдромов (счастья – страха, акинеза – гиперкинеза).

**П. Брайта** [Bright R., 1827]. Симптоматические психозы, развивающиеся при выраженной почечной недостаточности на заключительных этапах хронических нефритов и нефрозов. Характерна симптоматика острых экзогенного типа реакций.

Син.: П. уремические.

**П. бредовой.** Клиническая картина определяется преимущественно бредом (параноидным, параноическим, паранойяльным, парафренным). Выделяют П.б. позднего возраста (инволюционная парафрения, инволюционный параноид).

**П. бромистый.** Возникает при интоксикации бромом. Характерны нарушения сознания (оглушение, делирий), явления псевдопаралича, амнестического корсаковского синдрома.

**П. бруцеллезный.** В начальной стадии – астения, гиперестезия, эмоциональная лабильность. В острой стадии возникают психотические состояния, характеризующиеся помрачением сознания по делириозному, аментивному или сумеречному типу, с явлениями эпилептиформного возбуждения. При подостром или хроническом течении отмечаются преимущественно депрессивные или маниоформные состояния. В случаях длительного течения происходит образование органического психосиндрома с выраженными характеропатическими изменениями.

**П. галлюцинаторно-параноидный.** Характеризуется преобладанием в клинической картине галлюцинаторно-параноидного синдрома с явлениями психического автоматизма. Понятие неспецифическое – может быть проявлением как эндо-, так и экзогенной патологии.

**П. генеративный.** П., возникающий в связи с беременностью или родами. См. *П. послеродовые.*

**П. гепатогенный.** Разновидность соматогенных психозов, обусловленных поражением печени. Течение (его длительность и тяжесть) зависит от характе-

ра соматической патологии. При инфекционных гепатитах возможно более кратковременное, преходящее течение, преимущественно с симптоматикой астении (раздражительная слабость), депрессии, гиперестезии, адинамии, нередко при этом отмечаются явления гневливости, злобности. При хронических гепатитах, особенно при прогрессирующем циррозе печени, характерологические изменения, депрессия, углубляющиеся расстройства сознания (от обнубиляции до комы), эпилептиформные припадки.

**П. гиперкинетический.** См. *П. двигательный.*

**П. гипертонический.** П. вследствие сосудистого поражения головного мозга при гипертонической болезни. Часто психотическому состоянию предшествует длительный период психического дискомфорта, церебрастении. Сами П. чаще всего носят характер острых экзогенного типа реакций. Как правило, наблюдаются синдромы помрачения сознания (делириозный, аментивный, сумеречный). При этом клиническая картина расстройств сознания характеризуется незавершенностью симптоматики, се редуцированностью, частыми изменениями глубины. Такое состояние сознания может быть определено как ундулирующее. Этот тип расстройств сознания определяется как состояние спутанности [Bleuler M., 1966; Willi G., 1966]. Выход из острого психотического состоя-

ния – через стадию переходных синдромов – неврозоподобных, аффективных, шизоформных, органического регистра. Последние – наиболее неблагоприятны в прогностическом отношении и свидетельствуют о формировании органического психосиндрома. Особенно неблагоприятный исход наблюдается при П.г., возникших в пред– или послеинсультном состоянии.

**П. гипоксемические.** Клиническая картина определяется характером гипоксии. Острая гипоксия сопровождается острыми экзогенного типа реакциями с синдромами помраченного сознания и эпилептиформными проявлениями. При длительной гипоксии – затяжные астено-депрессивные состояния, эмоциональная лабильность, слабодушие, адинамия.

**П. гриппозные.** Разновидность соматогенных инфекционных психозов. Начальная стадия характеризуется чаще всего дисфорически-апатическим синдромом [Целибеев Б.А., 1972], протекающим на фоне тяжелой астении. Наиболее часты аментивные, депрессивные и маниоформные состояния. Аффективные синдромы отличаются атипичностью и часто сочетаются с явлениями спутанности. Различают токсические П.г. и энцефалитические их формы. Н.Я. Дворкина [1975] отмечает, что последние встречаются редко, в тех случаях, когда грубая неврологическая симп-

томатика обнаруживается уже в начале заболевания, либо сразу же после окончания острого периода можно установить наличие деменции и характеропатнческих изменений. Часто грипп провоцирует манифестацию шизофрении, при этом клиническая картина вначале носит характер острой экзогенного типа реакции, но уже вскоре проявляется стойкий галлюцинаторно-параноидный синдром, протекающий на фоне эмоционального прогрессирующего опустошения.

**П. двигательный.** Одна из разновидностей циклоидных психозов [Leonhard К., 1959]. Наблюдаются две фазы. Гиперкинетическая характеризуется двигательным возбуждением и речевой бессвязностью при отсутствии или бедности продуктивной психопатологической симптоматики. Движения при гиперкинезе выразительны, «реактивны». Может наблюдаться отсутствие речи («немой гиперкинез»). Противоположная по клиническим особенностям фаза – акинетическая – характеризуется обеднением или отсутствием движений (в том числе мимических), снижением активности мыслительной деятельности. Течение моно– или биполярное, со светлыми промежутками, в которых отсутствуют признаки психического дефекта.

**П. дегенеративные.** Периодически протекающие психозы, возникающие чаще всего у лиц с резидуальной органической патологией головного мозга. Психо-

тические приступы типа клише (маниоформные, шизоформные, синдромы расстроенного сознания). Выход из психоза – через астению.

Син.: П. периодические, П. аутохтонно-дегенеративные, сумеречные состояния эпизодические Клейста.

**П. дегенеративные аутохтонные** (*лат. degenerare* – вырождаться) [Kleist K., 1921; Schroeder P., 1926]. Периодически протекающие психотические состояния, клинически проявляющиеся картинами галлюциноза, ступора, возбуждения, параноида. Выделены авторами из маниакально-депрессивного психоза на основании данных о наличии в этих случаях наследственного предрасположения. К ним же был отнесен «онейроидный тип» психозов [Mayer-Gross W., 1924]. Рассматривались авторами как атипичные аффективные психозы.

**П. дискордантный** [Chaslin P.H., 1912]. Понятие, идентичное расщеплению, интрапсихической атаксии. П.д. словесный соответствует понятию шизофазии.

Син.: дискордантное помешательство.

**П. диэнцефалопатические.** [Голант Р.Я., 1941]. Разновидность периодических психозов, обусловленных патологией межуточного мозга. Протекает в виде приступов аффективных и психомоторных рас-

стройств, состояний нарушенного сознания. Характерна выраженная вегетативная симптоматика, обусловленная диэнцефальной патологией.

Син.: центральные типозы.

**П. единый.** См. *Целлера–Гризингера–Неймана концепция единого психоза.*

**П. злокачественный.** Термин, используемый O. Fenichel для обозначения особого, тяжело протекающего типа шизофрении, в отличие от ее приступообразного течения. Общее в этих формах течения автор видел в аномальности поведения, абсурдности и непредсказуемости аффективных реакций и мыслей, а также в диссоциации между аффективностью и мышлением. Понятие, идентичное ядерной шизофрении, шизокарному процессу.

**П. инволюционные.** Сборная группа психозов, объединяемая по признаку манифестации в позднем возрасте; включает инволюционную депрессию (меланхолию), инволюционные бредовые П. (параноиды, парафрению, паранойю). Характерный признак – отсутствие ослабоумливающих тенденций, поэтому отнесение к П.и. старческого слабоумия и пресенильных деменций неправомерно.

**П. индуцированные.** П., развивающиеся под влиянием психической болезни другого лица. Характеризуются индуцированным бредом, возникающим при

переработке бредовых идей психически больного, с которым соприкасается индуцируемый. Индуцируемый начинает высказывать те же бредовые идеи и в такой же форме, что и индуктор. Обычно индуцируются те лица из окружения больного, которые близко с ним связаны, особенно семейно-родственными отношениями. Способствует этому убежденность, с которой высказывает свой бред индуктор, авторитет, которым он пользовался до болезни, и, с другой стороны, личностные особенности индуцируемого – их повышенная внушаемость, впечатлительность, невысокий интеллектуальный уровень. Разъединение больного с индуцированным приводит к исчезновению у последнего бреда. Индукторами чаще всего выступают больные шизофренией, инволюционными бредовыми психозами, иногда страдающие острыми параноидами.

Ср.: конформный бред Байера, П. симбионтические Шарфеттера.

**П. инсоляционный.** См. *П. Фауста.*

**П. интоксикационные.** Разновидность симптоматических психозов, возникают при острых и хронических интоксикациях. Острые П.и. протекают по типу острых экзогенных реакций, затяжные (протрагированные) – с выраженной астенией, гиперестетической лабильностью, и, чаще чем острые, приводят к

формированию органического психосиндрома с психопатизацией и эпилептиформными проявлениями. Известная специфика клинической картины обусловлена характером токсического вредного фактора, например, при длительных П.и. в связи с интоксикацией ртутью отмечается дизартрия, атаксия, тремор, при П.и., вызванных свинцом, – эпилептиформные припадки, выраженные нарушения памяти и др.

**П. истерические.** Возникают психогенно, обычно после массивной психической травмы. Большую роль играет конституциональная предрасположенность, склонность к истерическим формам реагирования. Наиболее частые клинические варианты – бредоподобные фантазии, синдром Ганзера, истерический ступор, псевдодеменция, пуэрилизм, синдром регресса психики («одичания»), истерическая депрессия. Как и при истерическом неврозе, в патогенезе психической травмы при П.и. играет роль механизм «бегства в болезнь» и «условной приятности или желательности» болезненного симптома [Свядощ А.М., 1982]. Относительно редко клиника психоза в каждом конкретном случае определяется одним из названных синдромов, чаще они чередуются или сочетаются.

**П. истощения.** Развиваются при длительном голодании (алиментарной дистрофии), иногда при большом психическом переутомлении, особенно при дли-

тельной бессоннице. Характерны делириозные (акинетические) состояния и аменция, иногда ступор. При значительной роли депривации сна отмечаются вялость, малоподвижность, безразличие, угнетенно-раздраженное настроение, поверхностность мышления; это состояние сменяется нарастающим возбуждением, иллюзорными и галлюцинаторными зрительными переживаниями с чувством тревоги, к которым иногда присоединяется спутанность.

**П. кардиогенные.** Обусловлены тяжелой, острой или хронической, сердечной патологией (инфаркт миокарда, приступы аритмии, стенокардия и другие нарушения сердечной деятельности). Острые П.к. протекают по типу острых экзогенных реакций, с помрачением сознания по типу обнубиляции, оглушения (иногда комы). Часты психомоторное возбуждение, беспокойство, сенестопатии, явления двойной ориентировки. При наличии коронаро-церебрального синдрома [Боголепов Н.К., 1949] возможны явления анозогнозии. Хронические, затяжные формы П.к. наблюдаются при исподволь нарастающей сердечной недостаточности; при них наблюдаются астено-депрессивные состояния, страх, тревога, иногда – неадекватная эйфория.

**П. климактерический.** Чаще всего под этим термином понимают депрессии инволюционного генеза, од-

нако последние в значительной своей части появляются не в связи с климаксом или непосредственно после него. Поэтому термин П.к. не может быть рекомендован для употребления.

**П. кокаиновый.** Острый интоксикационный психоз, возникающий при интоксикации кокаином. Характерны синдромы нарушенного сознания (делирий, сумеречное состояние, онейроид), яркие зрительные, сенестопатические и кинестетические галлюцинации, психомоторное возбуждение, бредовые переживания.

**П. колибациллярный.** Развивается вследствие интоксикации продуктами жизнедеятельности кишечной палочки (нейротропным экзотоксином). В начале – заторможенность, сонливость, затем наступает помрачение сознания (аменция), развивается кататоническое состояние.

**П. коллективный.** Индуцированный истерический психоз, охватывающий большие контингенты людей, обычно фанатично настроенных и подверженных предрассудкам, суевериям. Иногда наблюдается при выполнении культовых ритуалов в сектах, где обряды проводятся в экстатическом состоянии.

Син.: психическая эпидемия.

**П. конъюгальный.** Вариант П. индуцированного, развивающегося у супругов, один из которых психиче-

ски болен, а другой повышенно внушаем.

См. *П. индуцированные.*

**П. Корсаковский.** См. *Корсакова болезнь.*

**П. краевые.** 1. [Kleist K., 1908]. Психозы, занимающие промежуточное положение между маниакально-депрессивным и шизофренией. Отличаются периодическим течением и относительно благополучным прогнозом, в то же время отмечается наличие шизофренной симптоматики. Первоначально к ним относили двигательный психоз и психоз спутанности, а позже психоз страха–счастья [Leonhard K.]. В связи с тезисом о биполярности заболевания термин «краевые психозы» был заменен термином «циклоидные психозы».

2. [Kretschmer E., 1948]. Психозы, возникающие у лиц с нечетко выраженными конституциональными особенностями, например у человека, чьи конституциональные особенности занимают промежуточное положение между пикническим и лептосомным кругами. Понятие, противоположное ядерным психозам.

**П. легированные** *(нем. legieren* от *лат. ligare* – связывать, соединять) [Arnold O., 1966]. Формы психозов, в клинической картине которых сочетаются (сплавлены) проявления маниакальные, депрессивные и шизофренического круга. Различаются четыре формы П.л.: I – шизофреническая и циклотимическая симп-

томатика возникают синхронно и равномерно в виде коротких приступов с длительными интервалами между ними; II – характеризуется выступающими на первый план шизофреническими симптомами, более продолжительными приступами и кратковременными интервалами (маниакально– или депрессивно-легированные шизофрении); III – ведущее место в картине болезни занимают аффективные расстройства, шизофреническая симптоматика непостоянна и нерезко выражена (шизофренически-легированные маниакальные и депрессивные формы); IV – рецидивирующая кататония с прогредиентным течением, характеризующаяся преобладанием меланхолических расстройств. Лишь первая форма относится автором к маниакально-депрессивному психозу, остальные квалифицируются как неотличимые от шизофрении с фазным или рецидивирующим течением.

**П. лекарственный.** Интоксикационный П., связанный с употреблением какого-нибудь лекарственного препарата.

Син.: П. фармакологический.

**П. лизергиновые.** См. *ЛСД-25.*

**П. маниакально-депрессивный.** Эндогенное психическое заболевание, протекающее в виде аффективных фаз (депрессивных и маниакальных), разделенных светлыми промежутками, интермиссиями. Да-

же при длительном течении признаков психического дефекта, существенных изменений личности не наблюдают. Включает в себя клинически выраженные (циклофрения) и мягкие, облегченные (циклотимия) формы. В настоящее время дискуссионным является вопрос о нозологической самостоятельности монополярных аффективных психозов [Leonhard K., 1957; Angst J., 1966; Perris C., 1966]. По Т.Ф. Пападопулосу и И.В. Шахматовой-Павловой [1983], разделение аффективных П. только по одному клиническому признаку моно– или биполярности течения недостаточно обосновано, хотя различия между классическим биполярным типом и монополярным типами течения имеются, при этом играют роль факторы возрастные и конституционально-генетические.

В течении заболевания возможны смешанные состояния (см.), в которых представлены элементы обеих фаз.

Син.: циркулярный психоз, МДП, циркулярное помешательство, циклофрения, циклотимия.

**П. маниакальный.** Атипичная, монополярная форма П. маниакально-депрессивного, клиника которого определяется наличием одних лишь маниакальных фаз. По K. Leonhard [1958], относится к фазным психозам.

**П. малярийные.** Возникают главным образом при

упорном течении малярии, в межприступных, апиретических состояниях. Протекают остро (с помрачением сознания по делириозному и аментивному типу с маниоформными и галлюцинаторными включениями, сумеречными расстройствами сознания с эпилептиформным возбуждением), протрагированно (главным образом с маниоформной симптоматикой, достигающей степени спутанности) и хронически, с образованием органического психосиндрома. В некоторой части П.м. обусловлены развитием энцефалитов, приводящих к дефекту личности [Молохов А.Н., 1953, Меграбян А.А., Оганесян В.О., 1956].

**П. марганцовый.** Интоксикационный П., характеризуется астенией, сонливостью, нарастающей апатией, энцефалопатическими признаками (насильственный смех или плач).

**П. менструальный.** Термин неправомерен. Подразумеваются, главным образом, эндогенные психозы, при которых экзацербация психопатологических проявлений связана с наступлением менструаций.

**П. мескалиновый.** Вызывается приемом мескалина, являющегосся психодизлептиком. Яркие расстройства восприятия, гиперакузия и гиперопсия, зрительные иллюзии и галлюцинации, парестезии, сенестопатии, явления деперсонализации (чувство раздвоения «Я»).

**П. металкогольные.** См. *П. алкогольные.*

**П. металюэтические** *(греч. meta* – после, *лат. lues* – сифилис). См. *Прогрессивный паралич.*

**П. метэнцефалитические** *(греч. meta* – после + *энцефалит).* П. возникающие на отдаленных этапах хронически протекающего энцефалита. На фоне органического психосиндрома наблюдаются аффективные и шизоформные галлюцинаторно-бредовые расстройства, ступорозные состояния, синдромы помрачения сознания.

**П. органические.** Сборное понятие. Группа П., возникающих вследствие экзогенно-органических заболеваний головного мозга. Характерна динамика от острых экзогенного типа реакций через стадию переходных синдромов к органическому психосиндрому с явлениями деменции или преимущественно характеропатических изменений.

**П. острый.** Преимущественно П. типа острых экзогенных реакций. Возможность острого начала эндогенных психозов остается дискуссионной, в большинстве случаев при этом имеет место экзогенная провокация эндогенного заболевания.

**П. отношения.** Устаревший термин, обозначавший параноидные П. с преобладанием в клинической картине идей отношения. Соответствует в современном понимании одному из этапов параноидной шизофре-

нии.

**П. периодические** [Kirn L., 1878]. Периодически возникающие психотические состояния, в генезе которых существенную роль играют перенесенные в прошлом церебрально-органические заболевания, изменения сопротивляемости организма (например, в пубертатном возрасте) и случайные дополнительные вредности, соматогенные и экзогенные. В межприступных периодах – стертая психопатологическая, главным образом астеническая, симптоматика. Исход – либо слабоумие, либо выздоровление.

П.п. – сборная группа, включающая в себя, по современным представлениям, атипичное течение циркулярного психоза, периодическую шизофрению. Некоторые их варианты («центральные типозы») соответствуют диэнцефалопатическим психозам Голант. Периодическое течение присуще ряду экзогенно-органических психозов.

**П. послеоперационные** [Kleist K., 1916]. Психические расстройства, наступающие вскоре после операции, обычно в течение первых двух недель. Наиболее характерны состояния нарушенного сознания, депрессии, непродолжительные параноиды, галлюцинаторно-параноидные состояния. Рассматриваются как проявления синдромов острых экзогенного типа реакций.

В симптоматике П.п. K. Kleist различал гомономные (маниакально-депрессивные состояния, раздражительные и недоверчиво-параноические изменения настроения) и гетерономные (оглушенность, сумеречные состояния, делирий, ступор, гиперкинетическое возбуждение, боязливо-беспомощную спутанность, галлюцинозы, бред).

**П. послеродовые** [Furstner, 1875]. Психозы, развивающиеся в течение шести недель после родов и носящие характер острого галлюциноза. Помимо галлюцинаторных и иллюзорных переживаний в клинической картине отмечаются психомоторное возбуждение, страх, беспокойство, бредовые интерпретации, расстройства влечений, настроения. Furstner эти психозы дифференцировал с дебютирующими в послеродовом периоде эндогенными психозами, большинством психиатров такие психозы рассматриваются как синдромы острых экзогенного типа реакций, которые могут не повториться при последующих родах. Л. Иванова [1959], как и Furstner, выделяла нозологически самостоятельную группу П.п. (пуэрперальных), отличающихся от шизофрении, циркулярного психоза и соматогенных психозов, наблюдающихся в послеродовом периоде. В их возникновении Л. Иванова особое значение придавала возникающим в связи с родами изменениям внутренней секреции, обмена ве-

ществ и интероцепции. Как фактор, облегчающий возникновение этих психозов, рассматривался молодой возраст больных.

Син.: П. пуэрперальный.

**П. полиневритический.** См. *Корсакова болезнь.*

**П. посттравматический острый** Возникает в первые 2 недели после черепно-мозговой травмы с коммоционно-контузионным синдромом. См. *П. Фауста.*

**П. предстарческий** См. *П. инволюционный.*

**П. пресенильный.** См. *П. инволюционный.*

**П. психогенные** [Sommer R., 1894]. См. *П. реактивные.*

**П. пубертатные.** Возникают в пубертатном периоде. Речь идет об измененном течении начавшихся в этом периоде П., присущих и другим возрастным группам, а также о специфических психозах подросткового возраста – пубертатном периодическом органическом П., эндореактивных подростковых П. [Личко А.Е., 1979, 1985].

**П. путешествия** [Nilson L., 1966]. Возникают во время заграничного путешествия, в иноязычной среде. Бредовые идеи отношения и преследования, страх, тревога, расстройства сознания, галлюцинации. В генезе играют роль речевая изоляция, переутомление, недостаточное и нерегулярное питание, легкие интеркуррентные инфекции, конституциональная предрас-

положенность. Иногда так начинается шизофрения.

**П. реактивный.** П., возникающий, главным образом, в связи с острой психогенией или, значительно реже, на фоне длительной психической травматизации. В отличие от неврозов, протекают с продуктивной психотической симптоматикой. Различают острые шоковые (гипо– и гиперкинетические формы), подострые (психогенные депрессии, параноиды и галлюцинозы) и истерические П.р.

**П. ревматический.** Симптоматический П., протекающий как остро, с нарушениями сознания по аментивному, делириозному, онейроидному типу (чаще всего эти синдромы в клинической картине выступают как этапы ее течения), так и в форме подострых и хронических психозов, часто с шизофреноподобными картинами [Дворкина Н.Я., 1975]. Органический психосиндром формируется медленно, слабоумие не достигает значительной выраженности. Иногда отмечаются эпилептиформные припадки. Типична астения с частыми дистимическими колебаниями настроения.

См. *Легран дю Солля триада ревматических психозов.*

**П. ремиттирующий.** П., протекающий приступами, разделенными светлыми промежутками. См. *П. маниакально-депрессивный, П. фазный.*

**П. секундарный** *(лат. secundarius* – вторичный).

Психоз, выявленный при генеалогическом исследовании у членов семьи пробанда.

**П. сенильный.** Обобщающее определение П., развивающихся в старческом возрасте – функциональных и органических. Термин лишен конкретного содержания, нерекомендуемый.

**П. симбионтические** *(греч. sym* – совместно, одновременно, *biosis* – жизнь) [Scharfetter Ch., 1970]. Групповые П., вариант индуцированных. Среди индуцирующих преобладают больные шизофренией, у индуцируемых наблюдаются шизофреноподобные П. При полидименсиональном понимании их этиопатогенеза учитывается роль психогенных, конституционально-наследственных и социальных факторов.

**П. симптоматические.** П., возникающие вследствие инфекций, интоксикаций, заболеваний внутренних органов.

**П. симуляции** [Birnbaum К., 1919]. Психогенно возникающие состояния, вначале протекающие по типу симуляции, но в дальнейшем психопатологические проявления все больше отключаются от воли и сознания и развивается психотическое состояние, например, псевдодеменция.

**П. сифилитические.** Общее название, объединяющее психозы сифилитической этиологии – прогрессивный паралич и сифилис головного мозга, сифили-

тическую неврастению, психические нарушения при специфических менингитах и менингоэнцефалитах, спинной сухотке, врожденном сифилисе.

**П. смешанные** [Gaupp R., Mauz F., 1926]. Психозы, в клинической картине которых сочетаются циклотимическая и шизофренная симптоматика. Их происхождение связывалось с интерференцией наследственной предрасположенности к обоим заболеваниям, сочетанием двух конституциональных основ. Понятие, близкое к краевым психозам в понимании K. Kleist.

**П. соматогенно обусловленные** [Schneider K., 1959]. Симптоматические П., обусловленные соматическим заболеванием. Понятие, близкое к синдромам острых экзогенного типа реакций. Подчеркивается значение генетических факторов.

K. Schneider противопоставлял П.с.о. эндогенным, считая различия между ними существенными и принципиальными. H.J. Weitbrecht [1963] отрицал абсолютность такого дихотомического деления П., обосновывая гипотетически положение о соматозе при эндогенных психозах, в частности, при шизофрении, а также приводя возражения клинического характера (возможность острых органических психозов без нарушения сознания и, наоборот, острой шизофрении, протекающей с нарушением сознания, наблюдения

над соматогенными симптоматическими маниакально-депрессивными П., переход эндогенных психозов позднего возраста после многих лет течения в состояние органического слабоумия и т.д.).

**П. соматогенный.** См. *П. симптоматические, П. соматогенно обусловленные по K. Schneider.*

**П. соматореактивные.** Группа П., возникающих при сочетании факторов психогенно-травматических и соматогенной астении. Включает в себя как острые параноиды, так и затяжные заболевания с шизоформной симптоматикой.

**П. сосудистые.** См. *П. гипертонические, П. атеросклеротические.*

**П. сосудистые хронические (эндоформные).** Наблюдаются при церебральном атеросклерозе и гипертонической болезни. Нередко отмечаются преморбидные личностные особенности шизоидного или гипертимного круга [Шумский, 1968]. В клинической картине – систематизированный бред ревности, идеи ущерба, нередки проявления нарастающего органического психосиндрома. По мере углубления деменции бредовые переживания редуцируются, теряют свою актуальность, идут на убыль. К П.с.х. относятся и атеросклеротический вербальный галлюциноз, сосудистые депрессии.

**П. спутанности.** Разновидность циклоидного П.

[Leonhard К., 1959]. Характерно возбуждение с бессвязностью мышления и речи. Лабильность настроения, часто тревожность. На другом полюсе П.с. отмечается заторможенность вплоть до ступора («беспомощный ступор»). Протекает фазно. Фазы заторможенной и возбужденной спутанности могут чередоваться. В промежутках между фазами – отсутствие психического дефекта.

**П. страха–счастья.** Разновидность циклоидного психоза [Leonhard К., 1959]. Один из полюсов характеризуется чувством страха и идеями отношения, ипохондрическими, самообвинения. Возбуждение может перемежаться со ступором, мутизмом. Противоположный полюс – психоз внушения или счастья – характеризуется идеями, аффективно положительно окрашенными, экстатическим настроением. Возможно моно– и биполярное течение.

Син.: тревожно-экстатический бредовой психоз.

**П. табетический.** Психические нарушения при спинной сухотке; проявляются главным образом в форме псевдоневрастении («табетическая неврастения»), органического психосиндрома с умеренно выраженной деменцией и снижением личности. П. типа острых экзогенных реакций крайне редки. Допускается возможность перехода спинной сухотки в прогрессивный паралич [Штернберг Э.Я., 1983].

**П. тимические** *(греч. thymos* – настроение) [Delay G., Deniker P., 1957]. Группа аффективных психозов, к которым относятся как циркулярные, так и монополярно протекающие фазы и генез которых связывается с диэнцефальной патологией. И мания, и депрессия рассматриваются как гипертимические состояния, так как при них речь идет о крайних нарушениях настроения с симметрично противоположной симптоматикой.

**П. транзиторный.** Кратковременное психотическое состояние, представляющее собой единичный приступ болезни.

Син.: психотический эпизод.

**П. тюремные** [Delbruk A., 1853; Sommer R., 1884]. Психические расстройства, возникающие в связи с арестом. Неоднородная группа психических расстройств, в которую, наряду с реактивными, включаются и дебютирующие в ситуации заключения в тюрьму эндогенные психозы, в первую очередь – шизофрения. Из реактивных психозов наиболее типичны Ганзера синдром, псевдодеменция, реактивный ступор, бредоподобные фантазии.

**П. уремический.** Острый симптоматический П., возникающий вследствие почечной недостаточности. Характерно состояние помраченного сознания – оглушение, сумеречное расстройство, делирии, сопор, ре-

же – псевдопаралитический синдром.

**П. фазные** [Leonhard K., 1954]. К П.ф. отнесены экзогенные аффективные психозы, характеризующиеся фазным би– или монополярным течением. K. Leonhard различает три группы их:

1) классическая маниакально-депрессивная болезнь (соответствует понятию циркулярных форм у других авторов);

2) чистая меланхолия и чистая мания (периодическое монополярное течение, клиническая картина более чиста и свободна от атипичных, смешанных форм);

3) чистые депрессия и эйфория (так называемые простые аффективные заболевания, в отличие от заболеваний предыдущих групп, для которых характерны нарушения мышления и волевой сферы). Выделяют пять форм чистых депрессий (ажитированно-тревожная, ипохондрическая, депрессия с идеями самообвинения, подозрительно-недоверчивая и апатическая) и пять форм чистых эйфории (непродуктивная, ипохондрическая, экзальтированная, конфабуляторная, апатическая) При чистых депрессиях и эйфориях, в отличии от чистых маний и меланхолий, расстройства мышления и волевой сферы, если и наблюдаются, носят вторичный характер. Это утверждение вызывает возражение [Штернберг Э.Я., 1960].

Между фазными психозами и шизофренией располагаются циклоидные психозы.

**П. Фауста** [Faust C., 1955]. Психозы, развивающиеся в связи с отеком головного мозга (черепно-мозговая травма, инсоляция, повешение). Являются острыми экзогенного типа реакциями. Симптоматика разнообразна – эйфория с повышенной активностью, депрессия, маниоформные состояния параноиды, галлюцинозы, онейроидные картины. Часты конфабуляции, мегаломанические представления.

**П. фенаминовый.** Симптоматический интоксикационный П. В клинике – депрессия, параноид, делирий, инкогеррентность мышления.

**П. функциональный.** Обобщающее определение П., протекающих без деструктивно-морфологических изменений головного мозга и формирования органического психосиндрома. Относится к эндогенным (но не экзогенно-органическим) и реактивным П.

**П. хореический.** Симптоматический П. при ревматической хорее, протекает с делирием, психомоторным возбуждением, иногда отмечаются апатия и аспонтанность. См. *Сухаревой триада ревматической хореи.*

**П. хронический.** П., характеризующийся многолетним, чаще всего прогрессирующим течением, с образованием психического дефекта в мышлении и аф-

фективно-личностной сфере.

**П. цефалгические** *(греч. kephale* – голова, *algos* – боль) [Mingazzini G., 1893]. Острые психотические состояния, возникающие во время приступов мигрени и характеризующиеся нарушениями сознания по сумеречному типу и сочетанием слуховых и зрительных галлюцинаций. Вначале больные видят неопределенной формы вспышки, зигзаги, затем зрительные образы становятся отчетливыми и приобретают форму мертвых тел, черных фигур, злобно лающих и прыгающих собак, свирепых людей с ножами и т.д. Отмечается соответствие между выраженностью мигрени и наступлением психотических расстройств. Болезненные переживания возникают при максимальной интенсивности головной боли и длятся в течение приступа. Длительность психотического состояния при транзиторной форме цефалгических психозов от нескольких часов до суток. Описана и протрагированная форма, отличающаяся длительным течением, колебаниями в степени выраженности болезненных проявлений и наличием своеобразных кризов (устрашающие галлюцинации, спутанное сознание, импульсивные поступки).

**П. циклоидные** *(греч. kykloides* – кругообразный) [Leonhard K., 1954]. Циклоидные психозы рассматриваются как группа атипичных эндогенных заболева-

ний, занимающих промежуточное положение между маниакально-депрессивным психозом и шизофренией, но не относящихся к указанным психозам. Характерно относительно благоприятное течение, без образования психического дефекта. Течение приступообразное, биполярное. Различают три формы циклоидных психозов: 1) двигательный с гиперкинетическими и акинетическими фазами; 2) психоз спутанности, возбужденной и заторможенной; 3) психоз счастья–страха с чередованием фаз депрессии со страхом и «экстатического счастья».

2. [Polonio P., 1954]. Острые психозы, возникающие на фоне «сверхъясного» или помраченного сознания, изменения настроения и психомоторной активности. Течение эпизодическое, прогноз благоприятный. По особенностям клинической картины различают конфабулёз, галлюциноз, онейрофрению, параноидный экспансивный психоз, параноид отношения к себе, параноиды внушения и воздействия, бессвязные гиперкинетические и акинетические психозы. По Т.Ф. Пападопулосу [1975], относятся к острым античным эндогенным психозам.

**П. циркулярный.** См. *П. маниакально-депрессивный.*

**П. шизоаффективные** [Kasanin J., 1933]. Формы, занимающие промежуточное место между аффек-

тивными психозами и шизофренией. Начало заболевания характеризуется депрессивной симптоматикой. Затем развивается психотический симптомокомплекс, включающий в себя аффективные компоненты и параноидные идеи.

**П. шизофреноподобные.** Сборная группа П. не шизофренической этиологии, лишь внешне, по клиническим проявлениям сходных с ней.

Син.: П. шизоформные.

**П. экзогенные.** П., возникающие в связи с экзогенными вредностями, в отличие от П. эндогенных. Однако в ряде случаев эндогенный П. манифестирует после экзогении, играющей роль провоцирующего фактора. В таких случаях дебют заболевания протекает с симптоматикой экзогенного П., постепенно идущей на убыль, в связи с чем приобретает все большую выраженность симптоматика основного, эндогенного заболевания. Например, дебют шизофрении в связи с гриппозной нейроинфекцией.

Син.: П. симптоматические.

**П. эклamптические.** Возникают при эклампсии беременных, протекают на фоне нефропатии. Характерны состояния оглушения, зрительные галлюцинации, отрывочные бредовые переживания, эклamптические припадки.

**П. экстремальных состояний.** Сборная группа

острых реактивных П., возникающих при ситуациях, угрожающих жизни (землетрясениях, транспортных катастрофах, наводнениях, и др.). Протекают либо с тяжелой депрессией и ступором, либо с психомоторным возбуждением, повышенной деятельностью, эйфорией, выраженными маниоформными состояниями. Возможны состояния эмоционального паралича.

**П. эмоциональные** [Stachelin J.E., 1944; Labhardt F., 1963]. Шизофреноподобные психозы, остро психогенно или соматогенно возникающие и отличающиеся благоприятным течение и обратимостью психических расстройств. Симптоматика напоминает острую шизофрению – параноидные и кататонические проявления, чувство страха, резкое возбуждение, переживание гибели мира, грандиозной катастрофы, ступор. Отсутствуют признаки формальных расстройств мышления.

**П. эндогенные** [Mobius J., 1892]. П., возникающие вследствие внутренних причин, заложенных в самом организме, конституционального предрасположения. J. Mobius считал эндогенность проявлением вырождения. По R. Sommer, эндогенными могут считаться П., протекающие без морфологических изменений субстрата головного мозга. Эндогенная природа П. не дает оснований полностью отрицать роль в его происхождении внешних факторов. Нередко патологиче-

ское предрасположение проявляется в связи с воздействием внешнего патогенного фактора или их совокупности. Типичные П.э. – шизофрения, МДП, инволюционная меланхолия.

**П. эндореактивные подростковые** [Личко А.Е., 1979]. Группа психических заболеваний, в происхождении которых психогенные и эндогенные факторы столь тесно переплетаются, что невозможно отдать предпочтение ни одному из них. Психическая травма включает эндогенные механизмы, которые, в свою очередь, подготавливают почву для воздействия новых психогенных факторов. Выделяют три основные клинические формы – эндореактивную депрессию у циклоидов, психическую анорексию (эндореактивную пубертатную анорексию) и подростковую дисморфофобию.

**П. энцефалитические.** Общее название психотических состояний, возникающих вследствие инфекционных энцефалитов. В острой стадии энцефалитов отмечаются синдромы нарушенного сознания, гиперсомнии. В хронической стадии типичны проявления органического психосиндрома с разной степенью выраженности деменции и хроническими бредовыми (парафренными, галлюцинаторно-параноидными) синдромами.

**П. эпизодические олигофренов.** Психотические

состояния, эпизодически возникающие у олигофренов. Часто их развитие обусловлено психогенией или интеркуррентной, не всегда диагностируемой, патологией. Протекают с психомоторным возбуждением, агрессивно-разрушительными действиями, галлюцинаторно-параноидными проявлениями, эпилептиформной симптоматикой (сумеречным помрачением сознания, судорожными припадками).

**П. эпилептические.** Могут носить острый характер – возникают в связи с припадками и их эквивалентами (сумеречными состояниями и дисфориями). Хронические П.э. чаще наблюдаются при фокальной, височной, эпилепсии, типично урежение или прекращение судорожных пароксизмов и эквивалентов. Наиболее часто их клиническая картина определяется хроническим бредовым синдромом. Бредообразование в этих случаях носит характер резидуального. Наряду с этим у больных эпилепсией нередко наблюдаются патологические (сутяжные) развития.

**П. эрготиновые.** Развиваются в связи с интоксикацией содержащимся в спорынье эрготином. Характерны оглушение, психомоторное возбуждение с делирием, эпилептиформные припадки.

**П. ядерные** [Kretschmer E., 1948]. Эндогенные психозы (шизофрения, циркулярный и эпилептический психозы), которые возникают типичным образом у лиц

с определенной конституцией: шизофрения – у лептосомов, циркулярный психоз – у пикников, эпилепсия – при атлетическом телосложении.

**Психолагния** *(психо + греч. lagneia* – похоть). Вызывание полового возбуждения сексуальными, сладострастными представлениями.

**Психолепсия** *(психо + греч. lepsis* – приступ, припадок). 1. Внезапно наступающее падение психического тонуса без помрачения сознания, но с кратковременным прекращением мыслительной деятельности; 2. Максимальный седативный эффект вследствие приема психотропных средств; 3. Кратковременная потеря сознания, например, при эпилепсии.

**Психология** *(психо + греч. logos* – наука, учение). Наука о закономерностях развития и функционирования психики как особой формы жизнедеятельности.

**П. ассоцианистская.** Направление П., рассматривающее способность к формированию ассоциаций из первичных психических единиц как основу психической деятельности.

**П. возрастная** изучает особенности психической деятельности, обусловленные возрастом.

**П. глубинная.** Направление зарубежной психологии и психиатрии, предметом изучения которого является бессознательное как источник мотивов поведения человека и причин возникновения психических

расстройств. Включает в себя психоанализ, индивидуальную психологию Адлера, аналитическую психологию Юнга, неофрейдизм и др.

**П. детская.** Раздел П. возрастной.

**П. индивидуальная Адлера.** См. *Адлера индивидуальная психология.*

**П. криминальная.** Раздел правовой (юридической) П., изучающий психологические закономерности формирования противоправных установок и их реализации в преступном поведении. В последние годы приобретает все большее значение наряду с судебно-психиатрической судебно-психологическая экспертиза.

**П. медицинская** изучает психологическими методами особенности психики больного человека, а также психологические особенности профессиональной деятельности медицинских работников, взаимоотношения между ними и больными. Включает в себя патопсихологию, нейропсихологию, соматопсихологию, психофизиологию, социально-психологическую диагностику применительно к медицинской практике, медицинскую профессиональную ориентацию, психологические аспекты психопрофилактики, психогигиены и психотерапии.

**П. «объективная».** Направление П., изучающее главным образом реакции организма на влияние

внешних, ситуационных факторов, абстрагируясь при этом от субъективных переживаний больного.

**П. социальная.** П., изучающая закономерности поведения и деятельности людей, обусловленные фактором их вхождения в социальные группы, а также психологические характеристики самих групп.

**П. старения.** Геронтопсихология. Изучает особенности психики при старении. Раздел возрастной П.

**П. судебная.** Раздел юридической психологии, изучающий механизмы и закономерности деятельности людей по расследованию, судебному рассмотрению и предупреждению преступлений.

**П. труда** исследует психическую деятельность, личностные особенности человека в процессе трудовой деятельности. Имеет важное значение для организации реабилитации психически больных.

**Психометрия** *(психо + греч. metreo* – измерять). Направление прикладной психологии, характеризующееся измерительной тенденцией – стремлением к количественным характеристикам определенных психических факторов, в первую очередь – интеллектуальных и личностных. Позволяет математически верифицировать полученные данные.

Нашла свое применение в психодиагностике, при проведении тестовых исследований.

**Психомеханика** *(психо + механика).* Вульгарно-ма-

териалистическое направление в психологии, сводившее сложнейшие проблемы мыслительной деятельности человека, сознания непосредственно к физическим процессам.

**Психоморфологизм** *(психо + морфология).* Направление в психиатрии, родоначальником которого были Th. Meinert и C. Wernicke, односторонне объяснявшее происхождение психических заболеваний локальными органическими поражениями головного мозга, стремившееся обнаружить очаговый морфологический субстрат любого психопатологического симптома и синдрома.

**Психомоторика** *(психо + моторика).* Совокупность произвольных, сознательно управляемых двигательных действий.

**Психомоторное возбуждение.** Нарушение психомоторики, характеризующееся ее расторможенностью, повышенной речевой и двигательной активностью.

**Психомоторные расстройства.** Нарушения произвольных действий, мимики и пантомимики.

**Психоневроз** *(психо + невроз).* Устаревший термин, бывший очень популярным после публикации работ P. Dubois [1909], применявшим это понятие для сужения группы неврозов, к которым в то время относили не только психогенные заболевания, но и цикло-

тимию, иногда – эпилепсию, дрожательный паралич. Так, В.К. Хорошко [1943], рассматривая неврозы как функциональные заболевания, выделяет П., подчеркивая их сугубо психогенную природу. В настоящее время термин П. должен рассматриваться лишь в историческом аспекте.

**Психоневрология** *(психо + неврология).* 1. Пограничная область психиатрии и невропатологии, изучающая неврозы и другие пограничные состояния (предпочтительнее – пограничная психиатрия); 2. Термин для обозначения психиатрических учреждений, принятый главным образом из деонтологических соображений и мало целесообразный в связи со значительным развитием и дифференциацией включаемых в него областей знания, наук.

**Психоника** *(психо + бионика).* Раздел бионики, использующий данные психофизиологических исследований для создания кибернетических моделей, систем управления.

**Психопат** *(психо + греч. pathos* – страдание, болезнь). Страдающий психопатией, психопатическая личность.

**Психопатии латентные** [Ганнушкин П.Б., 1933]. Понятие, введенное для характеристики количественной стороны динамики психопатий, степени выраженности психопатических проявлений. Клиниче-

ское выявление психопатии связывается с суммой внешних влияний, воздействующих на психопатическую личность, вне которых черты конституциональной психопатии остаются скрытыми, компенсированными. Понятие, аналогичное акцентуированным личностям K. Leonhard [1968].

**Психопатические реакции.** Выраженное усиление психопатических особенностей личности под влиянием разного рода психогений или при возникновении другого (непсихического) заболевания. Примером последнего могут служить эпилептические характерологические реакции у эпилептоидов, развивающиеся при соматических заболеваниях, однако в этих случаях невозможно совершенно исключить роль психогенно-травматических факторов (реакцию на болезнь).

**Психопатические фазы.** Аутохтонно, без видимых внешних причин возникающие у психопатических личностей непрогредиентные психотические приступы, по окончании которых устанавливается состояние, имевшее место до приступа [Ганнушкин П.Б., 1933]. В понятие П.ф. включались, в первую очередь, фазы циклоидного круга, состояния угнетения и приступы бродяжничества у эпилептоидов, острые шизоидные состояния и другие.

**Психопатические эпизоды.** По П.Б. Ганнушкину [1933], более кратковременные, по сравнению с пси-

хопатическими фазами, состояния.

**Психопатия.** Аномалия личности, характеризующаяся дисгармоничностью ее психического склада. Основные критерии выделения П.: 1. Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения адаптации; 2. Тотальность психопатических особенностей, определяющих весь психический облик индивида; 3. Их относительная стабильность, малая обратимость [Ганнушкин П.Б., 1933; Кербиков О.В., 1961]. Наряду с врожденными, ядерными, выделяют П. приобретенные, нажитые (см. *Кербикова–Фелинской генетическая систематика психопатий).* Изучая П. не только в статике, но и в динамике, П.Б. Ганнушкин наряду с конституциональным развитием в рамках П. выделил ситуационные, возникающие вследствие психических травм, протекающие сдвигами, с появлением качественных изменений личности; при этом конституциональные факторы больного в процесс развития вовлекаются не тотально, а избирательно, соответственно характеру и содержанию ситуации.

**П. агрессивно-параноидная.** Вариант параноияльной П., характеризуется наличием агрессивных тенденций.

**П. ананкастическая.** См. *Ананкастия.*

**П. астеническая.** Обнаруживается уже в детском

возрасте. Характеризуется повышенной психической и физической утомляемостью, робостью, чрезмерной сенситивностью и впечатлительностью, заниженной самооценкой, малодушием, слабохарактерностью.

Син.: П. группы тормозимых.

**П. аффективная.** Характеризуется преимущественно аффективными проявлениями личностной аномалии. К П.а. относятся психопатические личности циклоидного круга, а также, в зависимости от преобладания того или иного аффективного полюса, гипотимики и гипертимики.

**П. бесчувственная.** Характеризуется выраженным анетическим компонентом (эмоциональная холодность, недостаточная совестливость, бесцеремонность, отсутствие сочувствия, сострадания окружающим, эгоцентризм, легкость причинения зла ближним и т.д.). См. *Помешательство моральное Причарда.*

**П. гипертимическая.** Вариант П. аффективной. Преобладает повышенное настроение, стремление к деятельности, большая активность, самоуверенность, повышенная самооценка, гедонические тенденции, чрезмерный оптимизм. Выделяют также недостаточно уравновешенных, возбужденных гипертимиков [Schneider K., 1946] и эгоистичных, властных и, в то же время, поверхностных экспансивных гипертимиков [Petrilowitsch N., 1960].

**П. гипотимическая.** Вариант П. аффективной. По П.Б. Ганнушкину – это «прирожденные пессимисты». Характерны постоянно пониженное настроение, склонность к депрессивным реакциям. По работе эти лица ценятся как хорошие вдумчивые исполнители, добросовестные работники.

Син.: П. дистимическая.

**П. дистимическая.** См. *П. гипотимическая.*

**П. истерическая.** См. *Истерия.*

**П. круга мозаичных.** Смешанный, по П.Б. Ганнушкину [1933], тип П. Известная мозаичность присуща стадии структурирования большинства П., однако это временный этап в становлении П., сменяющийся в дальнейшем формированием определенной личностно-аномальной структуры [Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980]. Мозаичность остается на заключительном этапе лишь в группе мозаичных личностей. Сочетание нескольких личностных свойств большей частью приводит к их взаимному усилению, например, сочетание черт эпилептоидной и истероидной П.; нейтрализация их наблюдалась K. Leonhard [1968] при сочетании ананкастных и истерических особенностей акцентуации личности. Описываются различные сочетания психопатических черт – истерические и эпилептоидные; шизоидные и циклоидные; возбудимые и неустойчивые; астенические и истерические и

другие. Наличие стойкого осевого (облигатного) психопатического синдрома при формировании П.к.м. установить не удается [Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980].

**П. круга неустойчивых.** Характеризуется чертами психической неустойчивости, обусловливающими трудности в поведении, выраженной зависимостью от особенностей микросреды. Проявления неустойчивости (повышенная внушаемость, подверженность постороннему влиянию) особенно проявляются в неблагоприятной среде. Часто наблюдаются аффективные взрывы, реакции протеста. Несмотря на отсутствие устойчивого стереотипа поведения и трудности выработки положительных установок [Коротенко А.И., 1971], в значительном количестве случаев в динамике П.к.н. все же прослеживается установление хорошей социальной адаптации в благополучных условиях жизни.

**П. органическая.** Форма П. нажитой, развивающейся на резидуально-органической почве. Речь идет о воздействии экзогенно-органических факторов в возрасте до 3-х лет при условии полного затухания органического процесса и отсутствия интеллектуально-мнестического снижения [Гуревич М.О., 1924, Сухарева Г.Е., 1959]. Наиболее характерны явления психомоторной расторможенности, расстройства влече-

ний, эксплозивность, склонность к истерическим реакциям.

**П. параноическая.** Характеризуется недоверчивостью, неоткровенностью, подозрительностью, ригидностью аффекта, узостью интересов, непререкаемостью суждений, настойчивостью. Отмечается склонность к резонерству, изъяны мышления в виде тенденции к односторонним и паралогическим умозаключениям [Суханов С.А., 1912]. В неблагоприятной ситуации легко возникают сверхценные идеи, становящиеся источником параноического развития. Этому способствуют явления эгоцентризма, склонность противопоставлять себя окружающим, чувство внутренней неудовлетворенности, позиция нетерпимости к любым проявлениям несправедливости.

В рамках П.п. выделяют два полярных варианта. Экспансивный вариант – с бредом ревности, сутяжническим, склонностью к конфликтности и реформаторству. Он включает и группу фанатиков, исключительно страстно посвящающих себя одному делу, одной идее, увлекающих ими окружающих. Сенситивный вариант характеризуется сочетанием контрастных личностных черт – астенических, сенситивных со стеничностью. Лица сенситивного склада склонны к стойким выраженным психогенным реакциям по поводу разного рода этических конфликтов, у них наблюдается

сенситивное бредообразование в рамках параноического развития.

**П. пойкилотимическая** *(греч. poikilos* – пестрый, разный, *thymos* – настроение). См. *П. реактивно-лабильная, Пойкилотимия.*

**П. психастеническая.** Занимает неопределенное положение и смыкается на одном полюсе с группой шизоидов, а на другом с состояниями, по клинической структуре выходящими за пределы психопатий и относящимися скорее к группе невротических состояний [Смулевич А.Б., 1983]. См. *Психастения.* N. Petrilowitsch [1966] относил психастению к ананкастической П. (см.).

**П. реактивно-лабильная.** П. с частыми сменами настроения, повышенными эмоциональными реакциями. См. *Пойкилотимия.*

**П. сексуальная.** П., протекающая с сексуальными расстройствами. Однако перверсии могут наблюдаться при многих психических заболеваниях, а также у психически здоровых. Поэтому одного фактора обнаружения сексуальных расстройств еще недостаточно для диагностики психопатии.

**П. сенситивная.** Вариант П. параноической (см.) [Личко А.Е., 1977].

**П. сутяжная.** Вариант П. параноической (см.).

Син.: П. кверулянтская.

**П. циклоидная.** Разновидность П. аффективной. Психопатические личности циклоидного круга отличаются синтонностью, общительностью, приветливостью, добродушием, незлопамятностью. Они общительны, реалистически настроены, не склонны к фантазированию. Основная их особенность – аутохтонно возникающие колебания настроения типа аффективных фаз – гипоманиакальной и субдепрессивной. Существует точка зрения относительно неправомерности отождествления П.ц. с циклотимией – фазные колебания при первой все же не всегда достигают патологического уровня, а эндогенные депрессии и аффективные психозы у циклоидных психопатов наблюдаются не чаще, чем у шизоидов и психастеников [Petrilowitsch N., 1960; Leonhard K., 1968; Личко А.Е., 1977].

**П. шизоидная.** Включает в себя большое многообразие личностных проявлений, общим для которых является аутизм. Первые проявления в 3-4 летнем возрасте (см. *Аспергера синдром).* Основная симптоматика – отгороженность от окружающего мира, необщительность, дисгармоничность, парадоксальность внешнего облика и поведения, эмоциональных проявлений, своеобразие, оригинальность увлечений. Наличие шизоидной гиперестетической пропорции обусловливает значительный диапазон аномально-лич-

ностных проявлений. Крайние полюса его представлены сенситивным и экспансивным вариантами. Сенситивные шизоиды сверхчувствительны, долго и в себе переживают обиду, грубость, тонко и глубоко чувствуют, склонны к утонченному самонаблюдению вплоть до мучительства себя, мечтательны; легко астенизируются и, в то же время, болезненно самолюбивы. Склонны к реакциям шизоидного типа в ответ на психогенно-травматическую ситуацию – подавленность, вялость, усиление отгороженности от окружающей действительности, недоверчивость, потеря аппетита, плохой сон, возможны идеи отношения. Шизоидные реакции проходят по миновании неблагоприятной ситуации.

Экспансивные шизоиды решительны, не склонны к колебаниям, холодны к окружающим, безразличны к их огорчениям. Они склонны к эксплозивным реакциям, и в то же время легко уязвимы, неуверены в себе, неудовлетворены своей судьбой. Наблюдаются у них и параноидные реакции.

**П. эпилептоидная.** Характеризуется сильной эмоциональной возбудимостью, приступами гнева, ярости, возникающими по незначительному поводу, нередко протекающими с суженным сознанием и резким двигательным возбуждением. Эта симптоматика присуща эксплозивному полюсу П.э. На другом,

дефензивном, полюсе – вязкость аффекта, его прилипчивость, тугоподвижное инертное мышление со склонностью к детализации. См. *Глишроидия, Анехетическая конституция.*

Син.: П. возбудимого круга.

**Психопатология общая** *(психо + патология).* См. *Психиатрия общая.*

**Психопатология понимающая.** Направление в зарубежной психиатрии, пытающееся устанавливать психологически понятные связи между психопатологическими явлениями. Ведет начало от K. Jaspers. В отечественной психиатрии это направление сторонников не имеет.

**Психопатоподобные состояния.** Изменения личности, напоминающие по клиническим проявлениям психопатии, но возникающие после рано перенесенного шизофренического приступа, не повторяющегося в течение многих лет, без признаков прогредиентности процесса. Характеризуется стойкой дисгармоничностью личности чаще всего по шизоидному типу.

Син.: псевдопсихопатии, нажитая псевдопсихопатия мозаичного шизоидного типа [Наджаров Р.А., 1977].

**Психоприемник.** Психиатрическое учреждение, занимающееся госпитализацией иногородних психически больных в крупных городах для последующей

транспортировки их по месту жительства. В настоящее время функции П. выполняет один из психиатрических стационаров города.

**Психопрофилактика** *(психо + профилактика).* Раздел общей профилактики, включающий в себя мероприятия по предупреждению психических заболеваний. П. первичная охватывает систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней; П. вторичная – мероприятия, направленные на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания, она включает в себя раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни больного состояний, раннее начало лечения и применение адекватных методов коррекции с достижением наиболее полной ремиссии, длительной поддерживающей терапии, исключающей возможности рецидива болезни; П. третичная направлена на предупреждение возникновения инвалидности при хроническом течении заболевания.

**Психосексуальная ориентация.** Направленность полового влечения, определяющая выбор полового партнера и особенности полового поведения.

**Психосенсорные расстройства** *(психо + сенсор-*

*ный).* Нарушения сенсорного синтеза, проявляющиеся в искаженном восприятии величины, размеров, веса, формы собственного тела и окружающих предметов. Идентификация объектов, в отличие от иллюзий, не нарушена [Жмуров В.А., 1988]. Включает в себя метаморфопсии, аутометаморфопсии, обманы ориентировки в пространстве (синдромы поворота окружающего на 90 град. или 180 град.), нарушения осознавания времени.

**Психосиндром органический** *(психо + синдром)* [Bleuler E., 1916]. Совокупность симптомов органического поражения головного мозга, в первую очередь интеллектуально-мнестическое снижение. Некоторыми исследователями рассматривается как синоним деменции. Различают, в зависимости от преобладания в клинике снижения интеллекта или характерологических изменений, два типа П.о. – дементный и характеропатический.

Вариантами органического психосиндрома являются Блейлера М. церебрально-очаговый психосиндром и Блейлера М. эндокринный психосиндром.

Син.: органический синдром, психоорганический синдром.

**Психосиндром пиквикский.** См. *Пиквикский психосиндром.*

**Психосиндром резидуальный** *(лат. residuus –*

оставшийся, остаточный). Последствия перенесенного психоза в виде стойкого снижения уровня личности и психической активности.

Син.: постпсихотическая личность.

**Психосиндром церебрально-очаговый** [Bleuler M., 1943]. Характеризуется в первую очередь патологией влечений, расстройством настроения и определяется такими симптомами, как беспокойство, несдержанность, повышенная деятельность или, наоборот, апатия, недостаток побуждений и т.д. Описан при летаргическом энцефалите и других органических заболеваниях головного мозга с локализацией в стволе и лобных долях. При прогрессировании заболевания наблюдается симптоматика деменции.

**Психосиндром эндокринный** [Bleuler M., 1948]. Совокупность психопатологических изменений, обусловленных патологией эндокринных желез. В первую очередь характерны аффективно-личностные изменения – нарушения сферы инстинктов, влечений, настроения. Изменения личности не бывают столь грубыми, как при истинных психических заболеваниях. П.э. соответствует варианту Блейлера Э. органического психосиндрома, наблюдающемуся при заболеваниях с определенной локализацией органического процесса в головном мозге, например, при летаргическом энцефалите.

**Психосинтез.** Термин психоаналитической терапии, заключающийся в обобщении, толковании и разъяснении больному информации, полученной методами психоанализа. По C. Jung, это метод конструктивного синтеза, обобщения главным образом продукции бессознательного – сновидений, фантазий и др.

**Психосоматика** (*психо + греч. soma* – тело). 1. Направление в зарубежной психологии и психиатрии, изучающее происхождение соматических заболеваний с позиции психоанализа. Жалобы соматического характера рассматриваются как проявление символического языка внутренних органов, отражающего либидонозные тенденции, вытесненные комплексы. Подавление такого рода неприемлемых бессознательных влечений, по мнению представителей зарубежной психосоматики, еще больше обостряет их и создает цепь отрицательных воздействий на организм. П. в таком понимании представляет биологически ориентированный вариант учения S. Freud. По F. Alexander [1948, 1951], все заболевания человека являются психосоматическими.

2. Направление в медицине, изучающее роль психических, в первую очередь личностных, факторов в возникновении и течении ряда болезней. Получила широкое распространение в нашей стране.

**Психосоматические расстройства.** Расстройства функций органов и систем в связи с воздействием психогенно-травмирующих факторов при определенной личностной диспозиции. Различают: истинные («органические») психосоматозы – язвенная болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма; функциональные психосоматозы, например, логоневроз; психосоматические заболевания «в широком смысле», например, уличный травматизм, который во многом зависит от личностных свойств пострадавших [Bleuler M].

**Психосоматическое балансирование.** Корреляция по типу обратной пропорциональности между психическими и соматическими проявлениями в клинике ряда психических, особенно пограничных, психосоматических заболеваний. Е.К. Краснушкин считал П.б. всеобщим законом, определяющим отношения между соматической и психической патологией. При эндогенных депрессиях интенсивность вегетосоматических проявлений тем больше, чем слабее депрессия [Краснушкин Е.К., 1942; Бирюкович П.В., 1960; Невзорова Т.А., Дробижев Ю.З., 1962]. Это же явление обнаружено Т.Т. Сорокиной при латентных депрессиях [1981]. Ипохондрическое симптомообразование при шизофрении по степени своей выраженности также обнаруживает обратную зависимость от

значительности имеющейся у больных соматической патологии [Блейхер В.М., 1957].

**Психосоциология** *(психо + социология).* Направление в зарубежной социологии, рассматривающее психику человека как основную силу, определяющую закономерности общественного развития. Близко примыкает к неофрейдизму. В частности, по Е. Fromm, в бессознательном заложены стремление к свободе, истине, счастью.

**Психостимуляторы** *(греч. psyche* – душа, *лат. stimulo)* – возбуждать, побуждать). Группа психотропных средств, обладающих избирательным стимулирующим психическую деятельность эффектом. Временно повышается психическая активность, уровень бодрствования, снимаются утомляемость, астения, улучшается настроение. К П. относят группу препаратов, дающих быстро наступающий стимулирующий эффект (кофеин, центедрин, фенамин, индопан, сиднокарб) и ноотропы (см.).

**Психотерапия** *(психо + терапия).* Процесс лечебного воздействия врача психологическими методами на психику отдельного больного или группы больных. По В.Н. Мясищеву [1968, 1973], основная задача П. заключается в изменении личности больного на основе осознания причин и характера развития болезни и перестройки отношения больного к патогенным фак-

торам заболевания.

Описание основных методов и методик П. в тексте Словаря приводится в отдельных статьях.

**Психотерапия дисцентная** *(греч. didasko* – учить, обучать) [Condas O., 1969]. Один из методов бихевиоральной психотерапии (ср.: Линдсли–Вольпе–Айзенка бихевиоральная психотерапия). Характеризуется систематической аппликацией на психотерапевтический процесс теоретических принципов психологии обучения. При исправлении затруднений или нарушений поведения больного учитываются общая структура личности больного, характеристики его нормальной психической деятельности, история развития нарушений психики и характер преобладающих отношений больного. Методы бихевиоральной психотерапии (десенситизация, тренировка самоутверждения) сочетаются с методами рациональной психотерапии. Содержит ряд оригинальных методических приемов, например, ослабление напряжения гальванизацией определенной группы мышц при лечении невротических тиков, методика подражания при лечении заикания.

**Психотический** *(англ. psychotic).* Относящийся к психозу или к психозам.

**Психофармакологические средства.** Лечебные препараты, оказывающие преимущественное дей-

ствие на психику (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы и др.).

Син.: психотропные средства.

**Психофармакология** *(психо + фармакология).* Раздел фармакологии и психиатрии, изучающий действие лекарственных средств на психику, разрабатывающий методы лекарственной терапии психических заболеваний.

**Психофизиология** *(психо + физиология).* Пограничная наука, возникшая на стыке психологии и нейрофизиологии и изучающая психику в единстве с ее физиологическим субстратом. Отдельные ее разделы – П. сенсорная (органов чувств), активности, памяти и обучения, речи, мотивации и эмоций, стресса и др.

**Психофизический параллелизм.** Психологическая концепция, рассматривающая психическое и физическое (физиологическое) как два ряда параллельно идущих, но независимых друг от друга, процессов. Противоречит пониманию психического как активного отражения объективной реальности.

**Психохирургия** *(психо + хирургия).* Раздел нейрохирургии, разрабатывающий хирургические методы лечения психических заболеваний и психопатологических синдромов (эпилепсия, паркинсонизм и др.).

**Психрофобия** *(греч. psychro* – холодный, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь холода.

**Пункция спинномозговая** *(лат. punctio* – укол, прокол). Прокалывание подпаутинного пространства спинного мозга с целью получения ликвора. Применяется с диагностической (для произведения анализа ликвора и контрастных методов R-исследования) и лечебной (при эпилептическом статусе) целью.

П. поясничная производится в люмбальной области, при проколе в области желудочков головного мозга говорят о вентрикулярной П., в промежутке между задним краем большого затылочного отверстия и задней дужкой атланта – о субокципитальной П.

**Пуэрилизм** *(лат. puer* – ребенок, *puerilis* – детский) [Dupre E., 1903]. Форма истерических психозов, характеризующаяся детскостью поведения на фоне истерически суженного сознания. Чаще встречаются отдельные черты П., чем целостный пуэрильный синдром [Введенский И.Н., 1944; Турова З.Г., 1954]. Обычно вкрапления П. отмечаются при ганзеровском синдроме, псевдодеменции (псевдодементно-пуэрильный синдром). Характерные симптомы П. – детскость речи и моторики, детские эмоциональные реакции. Поведение пуэрильного больного отличается от поведения ребенка сочетанием детскости с привычками, отражающими жизненный опыт взрослого [Иммерман К.Л., 1988].

**Пфистера–Хейса тест цветовых пирамид** [Pfister

M., 1950; Heiss R., 1951]. Экспериментально-психологическая методика, направленная на исследование личности. Обследуемому предлагают в качестве образца нарисованные на листе бумаги пирамиды из квадратиков и наборы из 24 бумажных квадратиков необходимого размера различных цветов и оттенков. Пользуясь этим материалом, обследуемый должен, накладывая на схему цветные квадратики, сложить наиболее приятную и неприятную пирамиды. Обращается внимание на выбор различных цветов, их взаимоотношение, положение в структуре пирамиды, симметричность и т.д. Установлено влияние на результаты исследования патологии. По мнению R. Meili [1960], выдвинутые автором критерии оценки результатов не являются достаточно четкими, а сама методика уступает Роршаха методу, однако достоинство его в легкости практического использования даже при исследовании заторможенных или интеллектуально-примитивных лиц.

**Пфропфгебефрения** *(нем. Pfropfung* – прививка + *гебефрения)* [Kraepelin E., 1910]. Вариант течения шизофрении, «привитой» в раннем детстве на олигофренический фон. По A. Glaus [1936], различают два варианта пфропфгебе(шизо)френии: 1) комбинация шизофрении с олигофренией, характеризующаяся катастрофическим течением и скудностью про-

дуктивной симптоматики; 2) начало шизофрении в раннем возрасте, когда в клинической картине, наряду с олигофреническими, проявляются и гебефренические черты, а в возрасте 20-30 лет возникает настоящий гебефренический шуб. Следует учитывать, что раннее начало и катастрофическое течение шизофренического процесса сами по себе приводят к задержке умственного развития, к образованию интеллектуального дефекта.

Син.: пфропфшизофрения.

# Р

**Рабдофобия** *(греч. rhabdos* – прут, палка, полоса, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь наказания.

**Работоспособность психическая.** Способность воспринимать и перерабатывать информацию, поддерживая способность организма в определенном заданном режиме, не допуская срывов. Во многом зависит от эмоциональных и астенизирующих соматогенных факторов.

**Равена тест** [Raven J.C., 1936]. См. *Рейвена тест.*

**Развитие личности невротическое.** Форма психогенного развития, характеризуется специфической динамикой. Приводит к формированию краевой психопатии. Возникает при длительно существующей психогенно-травматической ситуации. По Н.Д. Лакосиной [1967], первый этап Р.л.н. протекает с депрессивной и астено-депрессивной симптоматикой, второй – с характерологическими изменениями личности с преобладанием истерических черт либо взрывчатости, с появлением в дальнейшем ипохондричности и дисфорий, либо астенического синдрома со склонностью к навязчивостям.

См. *Кербикова–Фелинской генетическая систематика психопатий.*

**Развитие личности параноическое.** Одна из форм патологического развития личности. Бред, вначале сверхценный, а затем параноический, развивается у психопатических личностей. Речь идет о развитии конституциональном, отличающемся от ситуационного (постреактивного или психогенного) меньшим значением каких-либо чрезвычайных раздражителей. Патологическая динамика в первую очередь обусловлена внутренним предрасположением, а психогенные моменты сводятся к повседневным, почти обыденным влияниям. Р.л.п. чаще всего возникает у личностей паранойяльного склада, однако наблюдается и при шизоидной психопатии, психастении, у эпилептоидов.

**Развитие личности патологическое.** Термин, обозначающий определенные виды динамики и формирования психопатий в результате взаимодействия комплекса конституциональных, психогенных, соматогенных и других факторов. При ядерных психопатиях П.р.л. проявляется в нарастании и заострении, гипертрофии определенных преморбидно четко обозначенных у пробанда черт личности, отражающих проходимые им возрастные периоды, социально дезадаптирующие аномальную личность факторы и другое. При нажитых психопатиях – органических, постпроцессуальных и краевых – последние характеризу-

ются возможностью формирования личности по типам патохарактерологического и психогенного (невротического или постреактивного) развития. См. *Кербикова–Фелинской генетическая систематика психопатий.* При Р.л.п. важную роль играют конституциональная предрасположенность (склад личности) и характер психотравмирующих факторов.

**Развитие личности патохарактерологическое.** Вариант патологического развития личности (наряду с психогенным), приводящий к формированию краевых психопатий (См. *Кербикова–Фелинской генетическая систематика психопатий.* Динамика его, по В.А. Гурьевой и В.Я. Гиндикину [1980], представлена тремя этапами: 1. Повседневное хроническое травматизирование, длительное отрицательное социально-психологическое воздействие на ребенка (на этом этапе – значительные динамические отклонения и возможность установления причинной связи между формирующимися патологическими свойствами личности и особенностями микросреды), постепенное возникновение аномальных свойств личности; 2. На фоне продолжающейся хронической микротравматизации характерологические нарушения усиливаются и постепенно начинают структурироваться, развивается выраженная мозаичность, возникают компенсаторные механизмы или псевдокомпенсации, выража-

ющиеся в асоциальных формах поведения; 3. Черты мозаичности нивелируются. Появившаяся на втором этапе аутизация (шизоидность) оформляется в психопатию шизоидного круга. Появляются первые декомпенсации и эпизоды, в понимании П.Б. Ганнушкина.

К Р.Л.П. близко примыкает описанное в детской психиатрии [Ковалёв В.В., 1968] психогенное патологическое формирование личности, являющееся одним из его вариантов. Динамические нарушения, приобретенные под влиянием неблагоприятных факторов, обладают у детей и подростков тенденцией к переходу в более или менее стойкие патологические изменения характера и личности в целом. В отличие от Р.л.п. у взрослых, в основе патологического формирования личности у детей и подростков лежит не патологический сдвиг уже сформированной личности, а изменения формирования незрелой личности в патологическом направлении.

**Развитие личности постреактивное.** Вариант психогенного развития личности (см. *Кербикова–Фелинской генетическая систематика психопатий).* Психопатическая структура личности формируется вследствие затяжного реактивного состояния, особенно при рецидивирующем типе его течений в условиях массивной психогенной травматизации. Типичная динамика, по В.А. Гурьевой и В.Я. Гиндики-

ну [1980]: реактивное состояние -> углубление и усложнение доминирующих отрицательно окрашенных представлений, формирование комплекса сверхценных переживаний, психопатоподобное реагирование -> появление психопатических личностных особенностей. Один из путей формирования краевых психопатий.

**Развратные действия.** Действия сексуального характера перверсного типа, направленные на малолетних и несовершеннолетних. Констатация факта Р.д, влечет за собой направление на судебно-психиатрическую экспертизу.

**Разгрузочно-диетическая терапия** [Николаев Ю.С., 1948]. Один из общебиологических методов лечения психических заболеваний. Основывается на дозированном голодании с употреблением воды и последующим диетическим питанием. Восстановительная диета Ю.С. Николаева включает преимущественно молочно-растительную пищу с уменьшенным количеством соли. Объем и энергетическая ценность пищи, содержание в ней белков, жиров и углеводов после периода голодания увеличиваются строго постепенно. Показана при вялотекущей и малопрогредиентных вариантах приступообразной шизофрении, при затяжных неврозах и неврозоподобных состояниях экзогенно-органического происхождения [Никола-

ев Ю.С., Полищук Ю.И., Заиров Г.К., 1979].

**Раздражение.** Воздействие внешних или внутренних раздражителей на органы и ткани организма.

**Раздражитель.** Фактор внешней или внутренней среды, изменяющий состояние возбудимых структур. Р. различают по их модальности, то есть по направленности на определенные рецепторы, а также специфические (соответствующие специальному, адекватному рецептору), неспецифические, неадекватные (действующие на специально не приспособленную для их восприятия биологическую структуру), патологические (являющиеся причиной возникновения болезненных расстройств), чрезвычайные, стрессовые (вызывающие мобилизацию защитно-приспособительных механизмов, но не приводящие к возникновению болезни), подпороговые и пороговые (неспособные или способные вызвать доступную изучению реакцию).

**Раздражительная слабость.** Психопатологический синдром, характеризующийся сочетанием повышенной возбудимости со снижением работоспособности, повышенной утомляемостью, недостаточностью концентрации внимания. Проявление астении.

**Раздражительность.** Склонность к неадекватным, чрезмерным реакциям на обычные раздражители внешней и внутренней среды. Проявляется обычно в

недовольстве неприятными для больного обстоятельствами, поступками окружающих, иногда – своим состоянием.

**Разорванности коэффициент** [Заимов К., 1961]. Количественный показатель, отражающий удельный вес смысловых разрывов на сто слов произвольной речи больных шизофренией и соответствующий, по мнению автора, глубине фазового состояния коры большого мозга. Метод анализа речи по точной записи называется логографическим и позволяет учитывать при анализе логограммы наличие неологизмов, неправильных грамматических форм, «обломков» слов.

**Разорванность.** См. *Мышление разорванное, Речевая разорванность.*

**«Разрешающие» методы психотерапии.** Понятие, включающее психокатарзис и отреагирование. См. *Методы Асатиани, Крестникова, Чолакова.*

**Разряд генерализованный эпилептический.** Сопровождающийся припадком или обнаруживаемый в межприпадочном состоянии электроэнцефалографический пароксизм. Характерные для него ЭЭГ-феномены (пики, комплексы пик-волна или медленные волны) носят билатеральный синхронный и симметричный характер.

**Разряд фокальный эпилептический** отличается

от генерализованного строгой локализацией и обнаруживается главным образом в межприпадочных состояниях. Характерен для фокальной эпилепсии. Во время припадка генерализуется.

**Райли–Дея вегетативнаясемейная дисфункция** [Riley C.M., Day R.L 1949]. Наследственное заболевание, проявляющееся дисфункцией автономной нервной системы. Тип наследования аутосомно-рецессивный. В патогенезе придается значение дезинтеграции деятельности вегетативной нервной системы, нарушениям метаболизма в ней (на уровне образования эпинефрина и норэпинефрина). Патологоанатомически – очаги демиелинизации в области задних корешков и задних столбов спинного мозга, дегенеративные изменения в гипоталамусе, ретикулярной формации и симпатических ганглиях. Клинически – нарушение секреции слез, эритема кожи в связи с волнениями или после еды, пустулы на коже, повышенная потливость (особенно при волнении), затруднения при глотании, слюнотечение, эмоциональная лабильность, нарушения координации движений, гипо– или арефлексия, снижение болевой чувствительности. Иногда наблюдается повышение артериального давления, периодическая рвота, периодические лихорадочные состояния, поллакиурия, энурез, эпилептиформные припадки. В очень редких случаях – слабо-

умие.

Син.: семейная дизавтономия.

**Раншбурга симптом** [Ranschburg P., 1905]. Признак патологии речи, главным образом письменной. Созвучные (гомогенные) слоги или части слова сплавляются, контаминируются или наоборот, опускаются. Наблюдается при переутомлении как обмолвка и в рамках шизофазии.

**Рапопорта проба** [Рапопорт А.М., 1924]. Используется для диагностики опьянения. Основана на обнаружении в выдыхаемом воздухе паров этилового спирта. Реактив – смесь дистиллированной воды с химически чистой концентрированной серной кислотой и раствора перманганата калия. При продувании сквозь реактив воздуха, содержащего этиловый спирт, смесь обесцвечивается.

**Раппорт** *(фр. rapport* – связь, отношение). Контакт, устанавливающийся во время гипнотического сеанса между гипнотизируемым и гипнотизирующим Отличается высокой степенью избирательности восприятия вследствие суженного в гипнотическом состоянии сознания и наличия гипноидно-фазовых состояний коры головного мозга – относительно слабый вербальный раздражитель (то есть формула словесного внушения, гипнема) оказывается значимее, сильнее воздействий, поступающих из других источников.

**Раптус.** Приступы острого, исступленного возбуждения, вызванного чрезмерно сильным аффектом (тоски, страха).

**Р. ипохондрический.** Наблюдается в дебюте ипохондрических состояний или является следствием резкого обострения психоза. Характеризуется наплывом мучительных сенестопатических ощущений, тревожно-тоскливым аффектом, чувством страха, ожиданием на/двигающейся беды, смерти. Возможны суицидальные тенденции, агрессивные действия, направленные против не уделяющих, по мнению больного, ему должного внимания медицинских работников.

**Р. истерический.** Всегда возникает психогенно, отражает неприемлемость сложившейся ситуации. Характеризуется выраженным психомоторным возбуждением – больной мечется, причитает, в его высказываниях фигурируют неблагоприятно складывающиеся для него обстоятельства. Поведение больного рассчитано на привлечение внимания окружающих, театрально. Тем не менее, состояния Р.и. нельзя недооценивать в плане опасности для себя. Сознание часто сужено.

**Р. кататонический.** Импульсивное кататоническое возбуждение. Иногда стереотипно повторяется при повторении ситуации – прохождение мимо находяще-

гося в кататоническом ступоре больного того же самого лица сопровождается импульсивным возбуждением с агрессивными тенденциями. Может возникать и без видимой внешней причины.

**Р. маниакальный.** Остро, внезапно наступающее, в большинстве случаен кратковременное, маниакальное состояние.

Син.: furor maniacalis (маниакальное буйство).

**Р. меланхолический** характеризуется двигательным беспокойством и непреодолимым влечением к совершению насильственных действий. Возникает внезапно, неожиданно для окружающих (можно думать, что предваряющая его стадия накопления аффекта остается в этих случаях незамеченной для окружающих), или же развивается постепенно. В начале его характерно чувство предсердечной тоски. Двигательное возбуждение протекает очень бурно, сопровождается суицидальными действиями. Гораздо больше опасности в плане реализации суицидальных тенденций представляют остро возникшие состояния Р.М.

**Р. эпилептический.** Возникает либо во время фокального, чаще височного, эпилептического припадка, либо в послеприпадочном состоянии нарушенного сознания (эпилептическая спутанность), либо в межприпадочном состоянии, чаще всего в связи с харак-

терологическими реакциями. Может быть проявлением дисфории. Характеризуется большой выраженности яростью и агрессивными тенденциями, направленными как против себя, гак и против окружающих.

Син.: ярость эпилептическая, furor epilepticus (эпилептическое буйство).

**Рапунцель синдром.** Закупорка кишок, вызванная систематическим проглатыванием волос. В кишках больного образуются волосяные конгломераты – трихобезоары. Наблюдается при психопатиях, шизофрении, эпилепсии, олигофрении, преимущественно в детском возрасте. Нередко требует хирургического вмешательства. Описан E.D. Vaughan, J.L. Sawyers и H.W. Scott [1968]

Рапунцель – персонаж одной из сказок братьев Гримм, девушка с длинными косами.

**Раскина шкала депрессий** [Raskin A., 1968]. Шкала для оценки депрессивных состояний. В отличие от Гамильтона шкалы позволяет судить не только о симптоматологической картине депрессии, но и о ее глубине. Симптомы депрессии разделяются на группы проявляющихся вербально изменений поведения и вторичных признаков заболевания (бессонница, расстройства деятельности желудка и кишечника, плохой аппетит, трудности сосредоточения, припоминания, суицидальные тенденции). Используется

для дифференциальной диагностики, оценки динамики течения заболевания и эффективности проводимой терапии.

**Расписание болезней.** Перечень заболеваний и врожденных патологических состояний (в том числе и психических), с учетом которого решается вопрос о годности к военной службе. Определяется специальным приказом Министра Обороны.

**Распределение внимания.** Качество внимания, заключающееся в способности одновременно выполнять несколько видов деятельности. Нарушается при многих психических заболеваниях и состояниях (астения, гиперметаморфоз и др.).

**Рассеянность.** Расстройство внимания. Нарушение способности сосредоточивать внимание на избранном объекте на длительное время, при этом страдает концентрация внимания, его устойчивость, перераспределение. Характерна для состояний утомления, невротических. При последних часто создает у больных представление о снижении памяти. Иногда за Р. принимают состояния увлеченности своим занятием, когда человек не замечает окружающее (псевдорассеянность).

**Расстройства схемы тела.** См. *Пика–Хеда–Зиттига концепция схемы тела.*

**Расстройства тазовых органов.** Нарушения по-

ловых функций, дефекации и мочеиспускания. Наблюдается при органических заболеваниях ЦНС с локализацией поражения, захватывающей соответствующие спинальные центры, проходящие пути между ними и корковыми центрами или сами корковые центры.

**Расстройство активности «Я».** Одно из проявлений деперсонализации. Учитывается сознание собственной активности. Больные испытывают чувство затруднения, замедления, ослабления активности своих психических процессов. Мышление, принятие решений, речь, поступки субъективно воспринимаются затрудненными. Нередко совершаемые больным поступки, его действия, речь воспринимаются как проявление чужой воли (в структуре психического автоматизма). При этом возможны бредовые интерпретации, когда больной считает себя объектом проводимого над ним эксперимента.

Син.: расстройство самосознания активности.

**Расстройство идентичности «Я».** Проявление деперсонализации. Утрачивается чувство непрерывности своего «Я» на протяжении жизни, в различные ее периоды. Появляется чувство чуждости собственной личности, больной перестает осознавать, кто он есть.

Син.: расстройство идентичности самосознания.

**Расстройство границ «Я».** Утрата психически больным чувств четкого отграничения собственной личности от окружающей действительности. Протекает либо в форме открытости личности воздействию окружающего (см. *Присвоения и отчуждения феномены*, либо в плане отгороженности (аутизм). При этом нередки бредовые трактовки. Является проявлением деперсонализации, входит в структуру синдрома психического автоматизма.

Син.: расстройство демаркации «Я».

**Расстройство осознавания времени.** Утрата чувства непрерывности течения времени, переживания его фрагментарности, непоследовательности. Иногда больные утверждают, что время движется очень медленно или как бы остановилось, в других случаях переживается ускорение его течения. Нередко проявляется в невозможности установления границы между временем настоящим, прошедшим, будущим. В ряде случаев как бы размывается граница между настоящим и прошлым (сдвиг ситуации в прошлое), в других – Р.о.в. носит характер бредовых переживаний (бред вечного существования, бред метемпсихоза).

**Расстройство самосознания витальности.** Снижение или потеря чувства собственной жизненности, В тяжелых случаях жалуются на то, что не воспринимают себя живыми, живущими («Я мертвый, это

только моя оболочка»). В более легких случаях больные говорят об утрате жизненного тонуса, физического (телесного) благополучия. Характерно для эндогенных психозов.

**Расстройство целостности «Я».** Проявление деперсонализации, утрачивается чувство целостности «Я», его единства, взаимосвязанности и принадлежность к «Я» всех видов собственной психической деятельности. Характеризуется переживанием внутреннего распада, раздвоения, вызывающим чувство страха.

Син.: расстройство самосознания целостности.

**Растерянность.** Мучительное непонимание больным ситуации и своего состояния, которые представляются ему необычными, приобретают какой-то непонятный смысл, сопровождаются тревогой, тоской, страхом. Характерен аффект недоумения (см.). Р. может протекать с акинезией или, наоборот, с двигательным возбуждением. При этом часто наблюдаются явления гиперметаморфоза (сверхотвлекаемости внимания). Р. «пустая» ограничивается аффектом недоумения и гиперметаморфозом. Чаще Р. сочетается с продуктивными психопатологическими симптомами (образный бред, вербальные галлюцинации, синдромы помраченного сознания, ложные узнавания, явления психического автоматизма и др.). Р. «пу-

стая» наблюдается главным образом при органических психозах; сочетающаяся с продуктивной симптоматикой – при экзогенно-органических психозах и, особенно, при шизофрении. У больных шизофренией углубление Р. приводит к своеобразной загруженности, характеризующейся множественными психопатологическими расстройствами и отрешенностью от окружающего [Морозов Г.В., 1988].

**Растерянность сенестопатическая** [Эглитис И.Р., 1974]. Острые психотические состояния, в клинической картине которых наряду с сенестопатиями выступают явления депрессии и деперсонализации. Характерно помрачение сознания типа растерянности (см. *Аффект недоумения).* Контакт затруднен. В мышлении – соскальзывания, элементы психического автоматизма. Часто – неполная ориентировка во времени. Страх, тревога. Сенестопатические переживания интенсивны, изменчивы. Такие состояния развиваются в течение нескольких часов или дней, по выходе из них отмечается частичная амнезия. Наиболее часто встречается при приступообразно-прогредиентной шизофрении, реже – при эпилепсии.

**Расторможение влечений.** Болезненное состояние усиления и бесконтрольности влечений (пищевых, социальных, сексуальных и др.). Характерны соответствующие нарушения социально выработанных

норм поведения, сознательных личностных установок. Наблюдается при эндогенных психозах (шизофрения, маниакальная фаза МДП), психопатиях, органических поражениях головного мозга (постэнцефалитические состояния, хорея Гентингтона, болезнь Пика в начальной стадии и др.).

**Расширенное меланхолическое самоубийство.** Происходит с проекцией депрессии на близких (см. *Депрессия альтруистическая)* или по бредовым мотивам (депрессивные бредовые переживания распространяются больным на членов семьи, близких ему людей).

**Расщепление психическое** [Bleuler E., 1911]. Признак (по E. Bleuler – основной) расстройств психической деятельности при шизофрении. Под Р.п. понималось функциональное разрыхление ассоциативных связей, приводящее к появлению «вторичных» симптомов заболевания, таких, как бред и галлюцинации. Р.п. выражается в нарушении единства психических функций, цельности личности, в распаде ее на отдельные фрагменты, рассогласованности между мышлением и аффектами. Проявление Р.п. в мышлении – разорванность, в эмоциональной и волевой сферах – амбивалентность и амбитендентность.

Понятие, идентичное интрапсихической атаксии, дискордантности, дезагрегации.

**Расщепление сознания.** Проявление расщепления психического, симптом деперсонализации, выражающийся, в первую очередь, в утрате сознания единства «Я», когда возможно чувство переживания одновременного сосуществования двух или больше личностей, ведущих свою совершенно самостоятельную жизнь.

**Рауш–состояние** *(нем. Rausch* – опьянение). Легкая степень помрачения сознания, при которой существенно не нарушены алло– и аутопсихическая ориентировка, однако страдают критика к своему состоянию, адекватное отношение к ситуации, нарушены двигательные и речевые реакции («вуаль на сознании»).

**Рационализация** *(лат. rationalitas* – разумность). Один из Фрейда механизмов психологической защиты, характеризующийся бессознательной попыткой рационально обосновать абсурдный, иррациональный импульс, противоречащую общепринятому идею, преследующую неблаговидную цель. Так, например, не оказав помощи ближнему в экстремальной ситуации, человек пытается это логически обосновать тем, что его вмешательство все равно оказалось бы безрезультатным и привело бы только к увеличению, числа жертв; страдающий алкоголизмом ссылается на советы врача применять небольшие дозы алкоголя при яз-

венной болезни желудка. Термин предложен E. Jones [1908].

**Рациональная психотерапия.** См. *Дюбуа рациональная психотерапия.*

**Рвота истерическая.** Возникает вне связи с нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, при отсутствии органической его патологии.

Обычно бывает нетрудно объяснить ее связь с психогенно-травмирующей ситуацией, с феноменом «условной приятности или желательности» по А.М. Свядощу [1982]. Например, Р.и. описана как проявление невроза военного времени, у беременных она иногда возникает в связи с желанием прервать беременность. Нередко происходит фиксация симптома – так, помещение больного солдата в госпиталь и связанная с этим перемена обстановки, выключение его из длительной психогенно-травматической ситуации, способствует закреплению Р.и., являющейся в этом случае проявлением механизма психологической защиты.

По A. Jakubik [1979], Р.и. характеризуется упорством (до 10 месяцев и более), высокой частотой (по несколько раз в день, после каждого приема пищи), отсутствием первоначальной тошноты, хорошим или повышенным аппетитом, отсутствием признаков телесного истощения (очевидно, часть пищи

все же усваивается). В рвотных массах обнаруживаются остатки непереваренной пищи.

Лишь при тяжелой истерии вследствие упорных, непрекращающихся рвот наблюдается похудание вплоть до кахексии [Карвасарский Б.Д., 1980].

**Рвота циклическая.** Наблюдается у детей. Начинается внезапно, приступообразно. Наблюдается в течение нескольких дней и внезапно прекращается, обрывается. Следующий цикл повторяется через несколько недель или месяцев. Этиология неясна.

**Реабилитация** (*лат. re* – вновь, *habilis* – удобный, приспособленный). Комплексное, направленное использование медицинских, социальных, образовательных и трудовых мероприятий с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне (определение ВОЗ). Основные принципы реабилитации сформулированы М.М. Кабановым [1971]: 1. Единство биологических и психосоциальных воздействий – при построении системы реадаптации, восстановления, компенсации учитываются клинико-биологические и психологические факторы; 2. Разносторонность («разноплановость») усилий для организации реабилитационной программы – учитываются разные стороны жизнедеятельности больного, различные сферы реабилитации (психологическая, общественная, семейная, профессио-

нальная); 3. Аппеляция к личности больного, принцип «партнерства» – личность больного включают в лечебно-восстановительный процесс, добиваясь активного его участия в восстановлении нарушенных функций организма и социальных связей; 4. Ступенчатость (переходность) проводимых воздействий и мероприятий – используются переходные режимы внутри лечебных отделений, в дневных и ночных стационарах, в санаториях и профилакториях.

Им же разработаны этапы реабилитации: I – этап восстановительного лечения, задачей которого является предупреждение формирования психического дефекта, инвалидизации, госпитализма (ведущая роль биологической терапии, включающей психофармакологические средства; ликвидация или смягчение психотической симптоматики создает предпосылки для организации психосоциальных мероприятий); II – этап реадаптации, заключающейся в развитии возможностей приспособления больных к условиям внешней среды (основную роль здесь играют психосоциальные воздействия, направленные на стимуляцию социальной активности больного; биологические средства выполняют роль поддерживающей терапии); III – этап собственно реабилитации, задача которого – восстановить больного в его правах, в его доболезненных отношениях с окружающей действи-

тельностью (социальные мероприятия по упорядочению быта больного и его трудоустройству).

**Реадаптация** *(ре + лат. adaptatio* – приспосабливание). Комплекс мероприятий, направленный на приспособление на том или ином уровне к условиям внешней среды. По М.М. Кабанову [1978, 1985], Р. является этапом реабилитации, на котором преобладают психосоциальные методы воздействия, стимуляции социальной активности больных (трудовая терапия, профессиональное обучение или переобучение, специальная педагогическая работа с психотерапевтической направленностью, проводимая с больными и их родственниками).

**Реактивная эпилепсия** [Bonhoeffer K.]. См. *Аффект-эпилепсия.*

**Реактивные состояния.** См. *Психогении.*

**Реакции.** В психиатрии: патологические изменения психической деятельности в ответ на психическую травму или неблагоприятно сложившуюся жизненную ситуацию. В их происхождении важную роль играют факторы конституциональной предрасположенности, особенности личности, соматическое состояние больного, его возраст. Протекают на невротическом (см. *Неврозы)* или психотическом (реактивные психозы) уровне. И те, и другие относятся к клинической группе реактивных состояний, однако реактив-

ные психозы, в отличие от неврозов, характеризуются большей остротой развития, лабильностью симптоматики, ее большей тяжестью, выраженными психомоторными и аффективными расстройствами, наличием психопатологической продукции (бред, галлюцинации, расстройства сознания), нарушениями поведения. Реактивным психозам присуща значительная обратимость психопатологических расстройств.

**Р. алкогольная истерическая.** Истерическая реакция в состоянии алкогольного опьянения. Опьянение, как правило, облегчает проявление истерических форм реагирования даже у лиц без выраженной до того истероидности. Характеризуется нарочито-демонстративным поведением, преувеличенным реагированием на окружающее, суицидальными высказываниями и попытками, совершаемыми обычно в присутствии окружающих и также демонстративно, например, больной наносит себе многочисленные поверхностные кожные порезы ножом или бритвой в области предплечий. Наблюдается обычно уже при наличии алкогольной деградации личности по психопатоподобному типу, во второй стадии алкоголизма.

**Р. аномальные** [Ушаков Г.К., 1978]. Простейшие, элементарные формы расстройств, которые составляют начальный элемент формирования аномалии индивидуальности. Характеризуются изменени-

ем форм реакций на стимул, неадекватностью реакции стимулу по силе и содержанию. Клинически различаются невротические, неврозоподобные, психопатические и психопатоподобные реакции. Учащение, сгущение аномальных реакций приводит к так называемым преходящим развитиям и в дальнейшем – к формированию приобретенных психопатий.

**Р. астеническая.** Характеризуется острым астеническим состоянием, наступающим в психогенно-травмирующей ситуации. Характерны жалобы на общую слабость, повышенную раздражительность, плохой сон, снижение памяти, утрату трудоспособности, плохое самочувствие. Гипотимия.

**Р. аффективно-шоковая.** Характеризуется остро наступающим аффектом страха или ужаса, сужением сознания, двигательными расстройствами. Кратковременное психотическое состояние, возникающее в экстремальных ситуациях, угрожающих жизни.

**Р. аффективно-шоковая гиперкинетическая.** Разновидность Р.а.-ш., характеризующаяся беспорядочным психомоторным возбуждением.

**Р. аффективно-шоковая гипокинетичекая.** Разновидность Р.а.-ш., характеризующаяся двигательным оцепенением, ступором.

**Р. аффективные острые у подростков** [Личко А.Е., 1985]. Состояния крайнего эмоционального на-

пряжения, обусловленные психической травмой или кризисной ситуацией. Длятся от нескольких минут до многих часов и даже суток. Психотического уровня аффект не достигает, явления дезориентировки и последующей амнезии отсутствуют.

а) *Р. агрессивная* (экстрапунитивная) проявляется в виде нападения на обидчиков, нанесения им побоев, или в виде вымещения злобы на случайных лицах, в виде разрушительных действий по отношению к вещам обидчиков или случайно оказавшихся в поле зрения предметов. Р. направлена на разрядку аффекта, отреагирование.

б) *Р. аутоагрессивная* (интрапунитивная) – нанесение повреждений себе вплоть до покушений на самоубийство. При нанесении себе повреждений, например, порезов, демонстративные тенденции отсутствуют.

в) *Р. импунитивная.* Аффект разряжается путем бегства из психотравмирующей ситуации (побеги из дома, из интерната).

г) *Р. демонстративная.* На фоне крайнего аффективного напряжения проявляются тенденции привлечь к себе внимание, пробудить сочувствие, жалость, избавиться от неприятностей. Чаще всего наблюдаются демонстративные суицидальные попытки, нарочито делинквентное поведение.

**Р. бегства.** Примитивная реакция бессмысленного, бесцельного. Одна из форм гипобулических механизмов.

**Р. группирования со сверстниками.** Проявляются в стремлении подростков образовывать более или менее спонтанные группы, объединенные неформальными отношениями. Нередки групповые правонарушения. По О.В. Кербикову [1968], Р. такого рода особенно подвержены педагогически запущенные дети.

**Р. депрессивная.** Р. в форме психогенной депрессии – пониженное настроение, тоскливый аффект, в переживаниях звучат психогенно-травмирующие обстоятельства.

**Р. имитации** [Ковалёв В.В., 1979]. Одна из форм характерологических реакций у детей и подростков. Характеризуются изменениями поведения, связанными с подражанием поведению окружающих, представляющихся ребенку или подростку авторитетными. В большинстве случаев не имеют патологического характера, то есть являются характерологическими Р., однако при этом не исключена возможность перехода в невротические расстройства и развития социально-отрицательного поведения.

**Р. ипохондрическая** проявляется возникшими опасениями за свое здоровье, нередко – убежденность в

том, что больной страдает тяжелым соматическим заболеванием. Нередко характеризуется истерическими механизмами «бегства в болезнь».

**Р. истерическая** проявляется истерическими формами реагирования.

**Р. компенсации и гиперкомпенсации** [Ковалёв В.В., 1979]. Форма преходящих расстройств поведения у детей и подростков. Происходит усиление личностных проявлений и появляются защитные формы поведения, маскирующие слабые стороны личности. Своеобразная попытка избавиться от переживаний собственной неполноценности. Могут быть как характерологическими, так и патохарактерологическими Р. К этому виду Р. относятся компенсаторные фантазии замещающего характера, проявление показной бравады, нарушения школьной дисциплины, приписывание себе проступков и преступлений и др.

**Р. личностные аффективные параадаптивные** [Заимов К., 1981]. Кратковременные или более продолжительные реакции, вызванные состоянием аффективного напряжения и характеризующиеся отклонением от адекватных форм поведения. Они остаются близкими к нормальным человеческим переживаниям. Мышление приобретает характер сверхценных переживаний и никогда не достигает степени бредообразования. Наблюдаются у психически здо-

ровых и при личностной акцентуации. Интерпретация их природы связана с выделением единой психофизиологической, аффективно-поведенческой системы, объединяющей уровни безусловно-рефлекторной (инстинктивной) и условно-рефлекторной деятельности, подчиняющиеся принципам реципрокной иннервации Введенского–Шерингтона и реципрокной индукции И.П. Павлова. Различаются два основных типа реакций: компенсаторные и инверсионные. При первых характер деятельности остается прежним, меняется лишь объект, при вторых действие переходит в другую подсистему, например аутоагрессия заменяется агрессией. Некоторые варианты аффективных пара-адаптивных реакций личности феноменологически близки к отдельным вариантам проявлений механизмов психологической защиты по S. Freud.

**Р. мнимой смерти.** Примитивная гипобулическая Р., проявляющаяся внешне состоянием полной обездвиженности.

**Р., обусловленные формирующимся сексуальным влечением** [Личко А.Е., 1977]. Личностные реакции подросткового периода, связанные с повышенным, но недостаточно дифференцированным сексуальным влечением (мастурбация, беспорядочные половые связи, преходящие гомосексуальные тенденции и др.).

**Р. оппозиции.** См. *Р. протеста.*

**Р. отказа.** Форма патохарактерологических реакций у детей и подростков. Проявляются потерей инициативы, переживанием отсутствия перспектив, чувством отчаяния, избеганием контактов с окружающими, страхом перед всем новым, пассивностью, «отказом от притязаний». Часто наблюдается у детей, лишившихся родителей и попавших в закрытые детские учреждения в условия неправильного воспитания.

**Р. отрыва.** Возникает при длительной изоляции человека от коллектива и привычной окружающей обстановки. Наблюдаются аффективная напряженность, возбуждение, беспокойство, страх, иногда, наоборот, беспричинное веселье.

**Р. параноидная** характеризуется бредовыми переживаниями и галлюцинациями, но своему содержанию близкими с породившей Р. психогенно-травмирующей ситуацией.

**Р. параноические** [Молохов А.Н., 1940]. Психогенные реакции, в основе которых лежат сверхценные идеи, отражающие патологическую целеустремленность. Р.п. служат началом параноическому развитию. Наиболее типичны сутяжничество и бред ревности. Перерастание сверхценных идей в бредовые происходит на высоте аффекта, когда особенно выражена кататимность мышления. В отличие от реактив-

ных параноидов, важную роль играет особая структура психики, без которой невозможно перерастание сверхценной идеи в бредовую – характер жизни влечений, эгоцентризм, особая направленность интересов, склонность к кататимному мышлению. Предпосылка Р.п. – эпилептоидные черты личности. По K. Leonhard [1976], Р.п. особенно часто наблюдаются в случаях сочетания параноически-застревающих и эпилептоидно-возбудимых особенностей личностной акцентуации и психопатии. Разграничение параноических реакций и развитии весьма условно. Очевидно, об окончании Р.п. в тех редких случаях, когда она не перерастает в развитие, можно судить лишь ретроспективно.

**Р. патохарактерологические** [Ковалёв В.В., 1973]. Реактивные состояния у детей и подростков, преимущественно проявляющиеся нарушениями поведения, приводящие к социально-психологической дезадаптации и нередко сопровождающиеся невротическими, соматовегетативными расстройствами. Принимают затяжное течение, длятся недели, месяцы и даже годы. Часто приводят к психопатическим развитиям и патохарактерологическим формированиям личности.

**Р. примитивные.** Р., обусловленные гипобулическими, по E. Kretschmer [1922], механизмами. Включают Р. бегства, паники, мнимой смерти и др., в том чис-

ле и эксплозивную – импульсивные реакции паники, крики, аффективный ступор.

**Р. примитивная бредовая.** Проявляется в бредовой трактовке происходящего вокруг. Связана в своем генезе с аффектом страха. События окружающей действительности интерпретируются бредовым образом в плане переживаний, обусловленных психогенными переживаниями, например, страх ареста приводит к появлению психогенных бредовых идей отношения, преследования (мнимая слежка).

**Р. протеста** [Ковалёв В.В., 1979]. Формы преходящих расстройств поведения у детей и подростков. Могут быть характерологическими и патохарактеролсгическими.

Первые проявляются в форме непослушания, грубости, вызывающего, иногда – агрессивного, поведения. Наблюдаются в психогенно-травматической ситуации, имеют четкую направленность, отличаются непродолжительностью. Чаще наблюдаются у эмоционально возбудимых детей.

Вторые отличаются большей интенсивностью проявлений, обязательно агрессивным, вплоть до жестокости, поведением, выраженным вегетативным компонентом. Склонны к повторению и фиксации, нарушенное поведением при этом приобретает привычный характер.

Возможны Р. пассивного протеста – элективный мутизм, уходы, суицидальное поведение.

Син.: Р. оппозиции.

**Р. ситуационная** [Homburger A.]. Р., сохраняющаяся, пока длится неблагоприятная ситуация.

**Р. психическая личностная.** Вид психогенной Р., в формировании симптоматики которой значительную роль играют преморбидные особенности личности, например, Р. истерическая у истероидной личности.

**Р. сутяжная.** См. *Р. параноические.*

**Р. тимопсихическая** [Bleuler E.]. Примитивная Р., протекающая со страхом, депрессией, реактивными характерологическими изменениями.

**Р. увлечения** [Личко А.Е., 1973]. Личностные реакции преимущественно подросткового периода. Характеризуются чрезмерно выраженными увлечениями (азартные игры, спорт, самодеятельность и др.), которые приводят к нарушениям поведения и социальной дезадаптации – запускается учеба, устанавливаются контакты с асоциальными лицами, проявляется делинквентное поведение. Нередко протекает на уровне сверхценных образований.

Син.: хобби-реакции.

**Р. фиксированная.** Р., принимающая протрагированное течение, несмотря на завершение неблагоприятной ситуации, исчезновение психической трав-

мы. При этом возникают сверхценные идеи и нередко наблюдается патологическое (параноическое) развитие личности.

**Р. характерологические** [Ковалёв В.В., 1973]. Непатологические нарушения поведения у детей, проявляющиеся только в определенной ситуации, не приводящие к дезадаптации в разных сферах личностных отношений и не сопровождающиеся сомато-вегетативными нарушениями.

**Р. шизоидного типа** [Фрумкин Я.П., 1928]. Остро и реактивно возникающие изменения личности по шизоидному типу, характерологическая реакция типа «шизоидизации» личности. Реактивно обусловленный характерологический сдвиг проявляется в усилении присущих больному конституционально-личностных особенностей.

Син.: острое шизоидное состояние.

Ср.: Ганнушкина эиилептоидный тип реакции.

**Р. шизофренные, шизофренические.** Обобщающее понятие, охватывающее ряд непроцессуальных, реактивно возникающих и протекающих с шизоформной симптоматикой, состояний:

1. Шизофренный тип реакции [Popper E., 1920]. Соматогенно и психогенно обусловленные реакции, протекающие с шизофреноподобной симптоматикой. Процессуально-дефектные изменения отсутствуют.

2. Шизоидный тип реакции [Kahn E., 1921]. Соматогенные и психогенные реакции у шизоидов. Конституциональная предрасположенность является обязательным фактором, что, по мнению автора, сближает их с истинной шизофренией.

3. Шизомания [Claude H., 1923]. Острые психотические шизоформные состояния, возникающие у шизоидных психопатов и обнаруживающие тенденцию к обратному развитию.

4. Психогенно-невротические реакции, протекающие с шизофренной симптоматикой [Speer E., 1933]. Автор, стоявший на позициях E. Kretschmer, видел разницу между нормой, шизоидией и шизофренией только в количественном отношении и *с* такими критериями подходил и к оценке Р.ш.

5. По номенклатуре заболеваний 1952 г. в США в соответствии с концепцией A. Meyer – острая шизофрения.

6. По G. Langfeldt [1939], начинающиеся по типу острой шизофрении психотические состояния, развивающиеся у лиц, преморбидно без проявлений шизоидии и с хорошей социальной адаптацией, манифестирующие всегда в связи с психогенией, экзогенными факторами. Протекают прогностически благоприятно.

**Р. экзогенного типа острые** [Bonhoeffer K., 1908,

1910]. Психические расстройства, возникающие экзогенно и носящие характер, главным образом, состояний нарушенного сознания. Количество форм острых экзогенного типа реакций в ответ на различные внешние вредности относительно ограничено. Современными исследователями острые экзогенного типа реакции объединяются в понятие острого психосиндрома, сменяющегося переходными синдромами, за которыми следует либо выздоровление, либо формирование хронического психосиндрома, вариантами которого являются органический психосиндром и церебрально-очаговый психосиндром.

**Р. эмансипации** [Иванов Н.Я., 1973]. Личностные реакции преимущественно пубертатного возраста, характеризующиеся повышенным стремлением подростков к самостоятельности, независимости от родителей и покровительства взрослых. В крайних случаях подростки уходят из дома, иногда начинают бродяжничать.

**Р. эпилептоидного типа** [Ганнушкин П.Б., 1927]. Длительные, нередко повторно возникающие и обусловленные влиянием психогенных факторов, неблагоприятной жизненной ситуации реакции. Проявляются направленной против окружающих дисфорической симптоматикой, озлобленностью, гневливостью, тоской. Эти состояния косят преходящий характер, ино-

гда длятся месяцами. После них остается готовность к дальнейшему патологическому развитию личности. Возникают обычно у лиц с различной степенью выраженности эпилептоидных свойств, у которых, по выражению П.Б. Ганнушкина, «эпилептоидный круг... если не ясно выражен, то хотя бы намечен».

В качестве психотического эпизода могут отмечаться при ряде патологических процессов (эпидемический энцефалит, травматическое поражение головного мозга, церебральный атеросклероз).

Син.: острое эпилептическое состояние, эпилептическая реакция.

**Ревматизм мозговой.** Группа заболеваний головного мозга, включающая в себя сосудистые формы (ревмоваскулиты, тромбозы сосудов, эмболии, кровоизлияния субарахноидальные и в вещество мозга и др), ревматические менингоэнцефалиты, ревмосептические поражения головного мозга (малая хорея и др., гиперкинезы, диэнцефалиты, паркинсонизм, корковые и стволовые менингоэнцефалиты), ревмосентические поражения головного мозга, эпилептиформный синдром ревматического генеза, церебральный ревматический арахноидит, острые и затяжные ревматические психозы, ревматические энцефаломиелиты.

**Ревматическая хорея.** См. *Хорея Сиденгама.*

**Ревность сверхценная.** Ревность патологическая, протекающая на уровне сверхценных идей. Часто – начальный этап параноического развития. В ряде случаев – стадия формирования шизофренического паранойяльного бреда ревности.

**Регредиентность** *(лат. regredere* – отводить назад). Тип течения психической болезни с намечающейся со временем тенденцией к обратному развитию позитивных, а иногда и негативных, симптомов. Наиболее характерна для экзогенно-органических психозов (Р. травматической деменции, Р., отмечающаяся при своевременном лечении прогрессивного паралича). В известной мере Р. присуща психозам при наступлении качественной ремиссии, особенно после первых приступов шубообразной и рекуррентной шизофрении, когда признаки аффективного дефекта в ремиссии еще малозаметны.

**Регрессия** *(лат. regredere* – движение вспять) [Freud S., 1900]. Один из механизмов психологической защиты, при котором субъект возвращается к формам поведения, типичным для предшествующих стадий его развития. В трудных ситуациях человек, подобно ребенку, проявляет свою зависимость от окружающих, отказывается от самостоятельности в поступках, от приема собственных решений, от своей ответственности за что-либо. Это явление играет большую

роль в развитии госпитализма, в уходе в болезнь, бегстве в мир мечтаний.

**Редлиха симптом** [Redlich E.]. Мидриаз и исчезновение реакции зрачков на свет при истерическом припадке, сопровождающемся сильным мышечным напряжением (истерической дугой).

**Редлиха–Флатау болезнь** [Redlich E., 1927; Flatau E., 1928]. Рассеянный энцефаломиелит. По клиническим проявлениям близка к рассеянному склерозу. Патогенез характеризуется процессом демиелинизации. Протекает с психическими нарушениями – в начальной стадии отмечаются явления астении, в дальнейшем – параноидный синдром с элементами онейроида.

**Редукция энергетического потенциала** (*лат. reductio* – отведение назад, возвращение) [Conrad K., 1958]. Наблюдающийся при шизофрении синдром глубоких изменений личности в виде редукции психической активности и продуктивности, невозможности активно пользоваться имеющимся у больного жизненным опытом. Основные симптомы: 1) стойкое снижение активности и работоспособности; 2) сужение круга интересов; 3) побледнение и стирание черт индивидуальности;4) повышенная утомляемость и раздражительная слабость; 5) нерезко выраженные дисмнестические расстройства. Различают типы «регресса

поведения» в связи с Р.э.п. – эпилептоидизация, псевдопаралитический и апатико-абулический варианты. По А.В. Снежневскому, Р.э.п. охватывает сферы психической активности, продуктивности и эмоциональности. G. Huber [1976] рассматривает «чистую» Р.э.п. как основной шизофренический процессуальный синдром, органическое ядро резидуальной шизофрении, являющееся причиной необратимости исходных состояний.

Ср.: опустошение динамическое.

**Режи симптом** [Regis E.]. Дромомания, непреодолимое, страстное влечение к перемене мест, бродяжничеству.

Син.: вагабондаж.

**Резерфорда синдром** [Rutherford M.E., 1931]. Симптомокомплекс признаков наследственно обусловленной аномалии развития:

1) дистрофия роговицы и ее помутнение;

2) гиперкератоз десен с нарушением сроков прорезывания зубов;

3) задержка умственного развития.

**Резидуальные психические расстройства** (*лат. residuus* – оставшийся, сохранившийся). Отдельные продуктивные психопатологические симптомы, чаще всего – галлюцинации или бред, сохранившиеся после острого психотического приступа и не всегда об-

наруживающие тенденции к дальнейшему развитию. Исключение – резидуальный бред больных эпилепсией, который в силу повторяемости припадков и эквивалентов, протекающих с бредовыми переживаниями, становится стабильным, хронифицируется.

**Резидуальный.** Остаточный, сохранившийся после перенесенного психического заболевания, психотического приступа, например, резидуальная астения, Р. галлюциноз, Р. бред.

**Резистентность** (*лат. resistentia* – сопротивление, устойчивость). 1. Свойство устойчивости организма против тех или иных патогенетических факторов; 2. Устойчивость стереотипа течения заболевания против воздействия определенной группы лекарственных средств или по отношению ко всем лечебным методам вообще (терапевтическая Р.).

**Резникова метод растормаживания** [Resnikoff, 1941]. Внутривенное введение амфетамина с диагностической целью, например, для растормаживания мутичных больных. В зарубежной психиатрии применяется также для лечения шизофрении, в психотерапевтических целях. В настоящее время не употребляется.

**Резонанс аффективный** (*лат. resonans* – дающий отзвук). 1. Свойство личности проявлять сочувствие, эмоциональную отзывчивость по отношению к окру-

жающим, способность к сопереживанию. Характерен, главным образом, для синтонных личностей.

Отсутствие или слабость Р.а. наблюдается при выраженных депрессивных состояниях и шизофреническом эмоциональном отупении.

2. Повторение больным эмоционального выражения лица собеседника, его чрезмерная, утрированная откликаемость на аффективно-мимические проявления общающегося с ним человека. Например, стоит врачу принять грустно-озабоченное выражение лица, и больной разражается рыданиями. Наблюдается при церебральном атеросклерозе с выраженной деменцией и слабодушием.

Син.: феномен имитации.

**Резонерство.** Патологическое свойство личности, проявляющееся, в первую очередь, в особенностях мышления (см. *Мышление резонерское).* Структура резонерства определяется особенностями личностно-мотивационной сферы [Тепеницына Т.И., 1965, 1968]. Характеризуется чрезмерной потребностью в «самовыражении» и «самоутверждении», утрированной претенциозно-оценочной позицией больного, аффективной неадекватностью выбора объекта рассуждательства, несоответствием этого объекта способам доказательств и рассуждений, тенденцией к «сверхобобщениям» по пустячному поводу, недостаточной

самокритичностью, своеобразной манерой речи. Р. наблюдается и у психически здоровых, однако в этих случаях степень искаженности мотивации и ее аффективная неадекватность не достигают значительной выраженности. У психопатических личностей Р. описывалась в структуре логопатии [Суханов С.А., 1912]. Наиболее части резонерство наблюдается при шизофрении, где оно сочетается с типично-процессуальными расстройствами мышления (искажением обобщения, соскальзываниями и др.). Р. наблюдается и в клинике органических поражений головного мозга, эпилепсии, дебильности; в этих случаях речь идет о компенсаторной тенденции к рассуждательству при ограниченных интеллектуальных возможностях.

**Реинтеграция** (*лат. re* – приставка, обозначающая повторно возобновляемое действие, *integro* – восстанавливать). Восстановление психических функций после их дезинтеграции. По М.О. Гуревичу [1949], Р. может происходить неправильно, патологически, путем установления ненормальных связей в синапсах, что приводит к появлению бреда, галлюцинаций, нарушений сознания. Прототип патологической Р. – сновидения. Наиболее резко выражена патологическая Р. при расстройствах сознания.

**Рейвена тест** [Raven J.C, 1936]. Одна из методик для исследования интеллекта, по результатам кото-

рой судят не столько об интеллектуальном уровне, сколько о способности к планомерной, методичной, систематизированной умственной деятельности. Состоит из серии заданий (таблиц) возрастающей сложности. В каждой таблице имеется пробел, который обследуемый должен восполнить, уловив закономерность расположения деталей рисунка. Оценка результатов количественная.

Син.: шкала прогрессивных матриц.

**Рейтера синдром** [Reiter P.J., 1956]. Психические расстройства, наступающие после серьезных стоматологических вмешательств, например, после экстракции зубов. Характерны бредоподобные идеи отношения, навязчивые страхи. Чаще всего опасения больных связаны с полостью рта. Так, больные утверждают, что язык не помещается во рту. Преморбидно у многих больных отмечалась склонность к невротическим реакциям, язвенной болезни желудка.

**Рейхардта симптомы** [Reichardt M.]:

I. Появление внушенных зрительных галлюцинаций при рассматривании больным белой горячкой листа чистой бумаги. Галлюцинаторные образы характеризуются малой величиной, изменчивостью, бывают черными и разноцветными, подвижными и неподвижными. Р.с. наблюдается уже после прекращения: типичных для делирия зрительных галлюцина-

ций и объясняется присущими хроническим алкоголикам повышенной внушаемостью и своеобразной «галлюцинаторной готовностью». Описан в 1905 г.

Син.: симптом белого листа.

II. Своеобразное «сальное лицо» у больных кататонической шизофренией вследствие нарушения секреторной функции сальных желез кожи. Может наблюдаться также при энцефалитах.

**Рейхардта триада** [Reichardt M.]. Нарушения психики, моторики и вегетативные расстройства при энцефалитах.

**Рекуррентный** *(лат. recurro* – бежать назад, возвращаться). Термин, применяемый для обозначения психических заболеваний, протекающих с тенденцией повторного возникновения психопатологических проявлений или их усиления после имевших место ремиссий.

**Реклингхаузена болезнь** [Recklinghausen F.D., 1882]. Множественный нейрофиброматоз. Семейно-наследственное заболевание. Начинается в детском возрасте. Множественные очаги гиперпигментации (бляшки); безболезненные мягкие нейрофибромы. В области нервных стволов – нейроглиомы. Прогрессирующее течение. Умственное недоразвитие или образование деменции, аспонтаность, абулия. Периодически – раздражительность, приступы

двигательного беспокойства.

**Реконвалесценция** (*лат. re* – приставка, обозначающая повторно возобновленное действие, восстановление, *con* – с, *valeo* – быть здоровым). Выздоровление, восстановление здоровья после перенесенного заболевания.

**Рекомпенсация** (*лат. re* – в смысле: вновь, заново, *compenso* – замещать, заменять). Восстановление предшествовавшей периоду декомпенсации болезненного состояния компенсации. Наблюдается в динамике психопатий.

**Рекрудесценция** (*лат. re-crudesco* – взрываться, возобновлять). Ухудшение болезненного состояния после некоторого периода улучшения. См. *Рецидив.*

**Ректофобия** (*анат. rectum* – задний проход, *греч. phohos* – страх). Навязчивый страх, боязнь не иметь стула.

**Релаксация** (*лат. relaxatio* – ослабление напряжения). Состояние покоя, расслабленности различной степени длительности. Вызывается разными способами: возникает спонтанно при засыпании, развивается вследствие действия некоторых психотропных препаратов, является одним из моментов психотерапии (главным образом наступает в связи с применением некоторых приемов аутогенной тренировки, аутогипноза).

**Реманенция** *(лат. remaneo* – оставаться, сохраняться) [Tellenbach H.]. Невозможность поспевать за требованиями жизни или собственными запросами. Может быть причиной развития депрессии.

**Ремиссия** *(лат. remitto* – отпускать, ослаблять). Этап течения болезни, характеризующийся временным уменьшением степени выраженности или ослаблением психопатологической симптоматики. Различают Р. спонтанные, обусловленные патогенезом и наступающие без лечения, и терапевтические, наступающие вследствие лечений. По клинической симптоматике, характеризующей состояние Р., различают:

*Р. астенические,* протекающие с астеническими проявлениями.

*Р. бредовые,* при которых обнаруживаются резидуальные бредовые симптомы.

*Р. гиперстенические,* при которых наблюдается повышенное стремление к однообразной постоянной деятельности.

*Р. психопатоподобные,* при которых обнаруживаются приобретенные в психозе характерологические изменения, не всегда соответствующие определенному виду психопатий.

*Р. тимопатические,* протекающие с аффективными, часто напоминающими циклотимические, проявлениями.

См. *Оценка качества ремиссий.*

**Ремиттирующий.** Термин применяется для обозначения заболеваний, протекающих с тенденцией к повторным ремиссиям.

**Ренифлёр** *(фр. renifleur* – сопун). Сексуальная перверсия, проявляющаяся а половом возбуждении при вдыхании запахов мочи и кала партнера. Сочетание урологнии и копролагнии.

**Реоэнцефалография** *(греч. rheos* – ток, поток + *энцефалография).* Метод исследования функционального состояния головного мозга, основанный на том, что его ткани проводят электрический ток с определенным сопротивлением, зависящим от состава ткани и ее кровенаполнения. Р. позволяет определить тонус сосудов головного мозга и характер кровообращения в них. Метод направлен, в первую очередь, на диагностику состояния мозговых сосудов при заболеваниях, характеризующихся нарушением кровообращения, сосудистого тонуса, эластичности стенок сосудов.

**Ресоциализация** *(ре + лат. socialis* – общественный). Один из аспектов реабилитации. Характеризуется возвращением или укреплением социальных связей, устранением проявлений общественной дезадаптации.

**Ретардант** *(лат. retardo* – задерживать). Поздно

созревающий юноша с задержками социального развития и часто переживаемым из-за этого чувства собственной неполноценности, зависимости от родителей, затрудненного проявления эмоциональности, что способствует гипертрофии у Р. воображения, компенсаторного фантазирования.

**Ретенция** *(лат. retentio*– удержание). Удержание приобретенной информации. В психотерапии: удержание внушения.

**Ретикулярная формация** *(anam. formatio reticularis).* Отдел ЦНС, представленный скоплением нейронов, окруженных нервными волокнами. Расположена в центральных отделах ствола головного мозга и между боковыми и задними рогами спинного мозга. Функция Р.ф. – активирующее воздействие на кору головного мозга и контроль рефлекторной деятельности спинного мозга.

Син.: сетевидная формация, ретикулярная субстанция.

**Ретинопатия** *(анат. retina* – сетчатка, *греч. pathos* – болезнь, страдание). Общее название болезненных изменений сетчатки глаза, являющихся проявлением ряда патологических процессов и приобретающих специфическую офтальмоскопическую картину.

**Р. атеросклеротическая** – извитость сосудов сетчатки, их сужение или облитерация.

**Р. гипертоническая** – сужение артерий сетчатки, кровоизлияние и белые очаги в ней, отек диска зрительного нерва.

**Р. диабетическая** – аневризмы сосудов сетчатки, очаги мелких кровоизлияний и белые очаги в окружности диска зрительного нерва.

**Р. травматическая** – белые пятна вокруг диска зрительного нерва я полосчатые кровоизлияния в сетчатку.

**Ретифизм.** Одна из разновидностей фетишизма, при которой особое значение придается женским туфлям. Ретиф де ля Бретон (1734-1806) – французский писатель, автор многочисленных романов, изобилующих эротическими сценами. В описании своих героинь Ретиф де ля Бретон акцентировал любование их ножками, маленькими стопами и, особенно, туфельками. Лица, страдающие Р., стремятся завладеть привлекающим их объектом, не останавливаясь перед совершением краж (сексуальная клептомания).

Син.: фетишизм обуви.

**Ретропульсия** (*лат. retro* – назад, обратно, *pello* – толкать). Непреодолимое ускорение движения больного назад после толчка спереди. Наблюдается при паркинсонизме.

**Ретроспективные чувства** (*ретро* + *греч. skopeo* – смотреть). Склонность к переживанию событий про-

шлого, например, чувство вины, раскаяния, сожаления (часто наблюдается у депрессивных больных). Значительно реже переживания чувства благодарности, признательности (также у депрессивных больных – по типу контрастных переживаний).

**Ретта синдром** [Rett E., 1965]. Наследственное заболевание, передача по доминантному типу. Для мужчин оказывается летальным в эмбриональном периоде. Характерный симптом – повышенное содержание аммония в сыворотке крови. Основной признак – симптом потирания рук (стереотипные ритмические движения кистей рук). Психически: отставание в развитии с 1-1,5 лет (утрата речи, локомоторно-статических и предметно-манипуляционных навыков, стереотипные движения рук, приступы крика). Образуется глубокая умственная отсталость. При этом отмечается прогрессирующий сколиоз. Нередко наблюдаются эпилептиформные припадки.

**Рефлексия** *(лат. reflexus* – отражение). Форма психической деятельности, проявляющаяся в стремлении к постоянному анализу своих мыслей, поступков, переживаний, эмоций. Характерна для личностной интровертированности.

**Рефлексология** *(рефлекс + греч. logos* – речь, учение). Механистическое направление в психологии и психиатрии начала XX века, основоположником ко-

торого был В.М. Бехтерев. Рассматривая психику с позиций изучения рефлексов, Р. основное значение придавала конечному двигательному звену рефлекса и, таким образом, с точки зрения Р., как и бихевиоризма, поведенческие реакции играли значительно большую роль, чем интрапсихические процессы, сознание. Изучая психическую деятельность как совокупность условных рефлексов Р., тем не менее, ограничивалась исследованием внешних ее проявлений, а сами психические процессы рассматривала как сопутствующие актам поведения.

**Рефлексотерапия** *(рефлекс + терапия).* Общее определение лечебных методов, основанных на раздражении специфических (биологически активных) зон, точек кожной поверхности – иглоукалывание, электропунктура, аурикулотерапия и др.

**Рецепторы клеточные мозговые** *(лат. recipio* – брать, принимать). Участки клеточной оболочки, молекулярная структура которых характеризуется избирательным сродством к некоторым определенным веществам, например, медиаторам, лекарственным веществам. Изменениям чувствительности пре– и постсинаптических Р., расположенных в дофаминовых синапсах мозга отводится известная роль в происхождении шизофрении.

**Рецепция** *(лат. receptio* – прием, принятие). Вос-

приятие поступающих к периферическим отделам анализаторов раздражений и преобразование их в нервные импульсы. Виды Р. – интро-, экстра– и проприоцепция.

**Рецидив** *(лат. recidivus* – возвращающийся, возобновляющийся). Повторное возникновение психопатологической симптоматики после периода ремиссии, признак рецидивирующего течения.

**Рецидивы абортивные** [Александровский А.Б., 1957]. Вариант рецидивов шизофрении, как правило, первых, отличающихся от других типов рецидивов кратковременностью, особенно пререцидивного периода, остротой возникновения, характером клинической симптоматики (чаще всего кататонические проявления и онейроидные расстройства сознания) и относительно хорошим исходом. По мере их учащения они становятся все более длительными, отмечается усложнение психопатологической симптоматики, а в состоянии ремиссии все больше выявляются черты шизофренического дефекта.

Р.а. автором рассматривались как временный этап развивающегося, но незавершенного рецидива шизофрении.

**Речевая бессвязность.** Патологическое речевое возбуждение с утратой смысловых и грамматических связей между словами. Отражает бессвязность мыш-

ления. Отмечаются грубые нарушения монологической и диалогической речи, утрачивающей какую-либо связь с реальной ситуацией и становящейся фрагментарной. Иногда речь состоит из отдельных обрывков воспоминаний прошлого, между которыми невозможно установить какие-либо ассоциации. Характерен случайный, хаотический набор слов. Фразы, если они сохраняются, построены неправильно, речь больных состоит из обрывков предложений. Наблюдается при острых экзогенных психозах.

Син.: речевая спутанность, речевая инкогеррентность (*лат. in* – без, не, *cohaereo* – быть связанным).

**Речевая разорванность.** Отражает разорванность мышления. Речь больных лишена содержания, хотя при нерезкой выраженности разорванности отмечается известная сохранность синтаксических связей между отдельными элементами фраз, что придает речи внешнюю упорядоченность. Поэтому Р.р. определяется как семантическая диссоциация при синтаксической сохранности. Однако при значительной выраженности Р.р. страдает и грамматический строй речи, наряду с нарушениями ее логического построения. Несмотря на известную сохранность синтаксического строя речи, нет оснований говорить об отсутствии грамматических расстройств вообще; страдает фонетическая сторона речи – замена звуков, появле-

ние неправильных ударений, искажение интонаций, модуляций голоса. К Р.р. относится и деструкция слов, появление неологизмов.

Р.р. проявляется в спонтанной речи даже при отсутствии собеседника (симптом монолога). Она раньше и легче обнаруживается в письменной речи, нередки при этом сопровождается нарушениями моторного компонента письма (витиеватая манерность почерка, стереотипные украшения букв завитушками, написание букв без нажима с удвоением параллельными линиями отдельных их фрагментов).

**Речевое новообразование.** См. *Неологизм.*

**Речевой автоматизм.** Син.: глоссолалия. Является, в сущности, психогенным (неполным, редуцированным) вариантом психического автоматизма.

**Речевой напор.** Патологическое усиление речевой активности, специфически-речевое возбуждение, которое может не сопровождаться возбуждением мыслительной деятельности и двигательным. Речь при этом часто утрачивает коммуникативное значение, лишается смыслового содержания. При значительной степени выраженности симптом Р.н. приобретает нередко характер вербигерации. Часто входит в структуру речевой разорванности наряду с симптомом монолога.

**Речевой эмбол** *(греч. embolos* – клин, затычка).

Проявление речевой стереотипии. Наблюдается при глубокой, корковой, моторной афазии. Чаще всего – слово или речевой оборот, произнесенный больным в момент инсульта. Р.э. является единственной формой речевого общения больного, содержание его видоизменяется только сопутствующей мимической и пантомимической реакцией.

**Речевые зоны.** Специфические зоны в коре головного мозга, в которых представлены центры экспрессивной и импрессивной речи. См. *Центр Брока, Центр Вернике.*

**Речь.** Исторически сложившаяся форма общения людей посредством языка. Между Р. и языком сложные диалектические взаимоотношения: Р. осуществляется по правилам языка и, в то же время, под влиянием ряда факторов (требования общественной практики, развитие науки и т.д.) она изменяет и совершенствует язык. Р. является основным механизмом мышления. Вне Р. невозможно формирование сознания. Различают Р. устную и письменную. Основные функции Р. – коммуникативная (осуществление процесса общения); Р. как средство выражения и образования, развития мыслей; сигнификативная или номинативная (обозначение предметов, явлений, действий, живых существ и т.д.).

В Р. устной различают также Р. монологическую и

диалогическую. Р. монологическая более развернута и отвечает более сложным в смысловом и грамматическом отношении требованиям. Обычно при заболеваниях, протекающих с распадом Р., монологическая Р. обнаруживает свою недостаточность раньше, чем диалогическая.

**Р. автоматизированная.** Воспроизведение хорошо заученных в прошлом жизненном опыте словесных блоков, серий (паспортные данные, последовательное перечисление числовых рядов, дней недели, месяцев, воспроизведение заученных в детстве или многократно повторяемых стихотворных отрывков и т.д.). Относительно долго остается сохранной в процессе распада речи. Для выявления расстройств Р.а. инструкция больному должна содержать элементы ее дезавтоматизации (перечисление указанных рядов в обратном порядке и т.п.).

**Р. внутренняя.** Форма речи, участвующая в процессах мышления и сознания, но не предназначенная для непосредственного общения. Р.в., по С.Л. Рубинштейну [1946], – это «речь минус звук», она не сопровождается произнесением звуков. Р.в. является непосредственным выражением процессов мышления, она носит фрагментарный, конспективный характер. В ней часто опускаются само собой разумеющиеся понятия. Мысль воспроизводится в Р.в. «пунк-

тиром», тезисно, но в устной Р., предназначенной для общения, она приобретает законченную, словесно завершенную форму. Разработаны экспериментальные приемы, позволяющие определить степень сохранности Р.в., например, сосчитать про себя количество слогов в заданном слове.

**Р. вычурная.** Характеризуется употреблением не совсем адекватных в данной смысловой ситуации словоупотреблений, нарочитых интонационных подчеркиваний отдельных слов и выражений, иногда указывающих на их необычный смысл, витиеватых оборотов. Часто используются в речи малоизвестные и не совсем подходящие по смыслу слова. Подбор слов для высказывания нередко осуществляется в соответствии с их другим, мало подходящим к настоящей ситуации, значением (см. *Патологический полисемантизм).* Сопровождается вычурной, манерной мимикой. Наблюдается при шизофрении, иногда при истерии. См. *Манерность.*

Син.: речь манерная.

**Р. зеркальная.** Произношение и чтение слов и предложений в обратном порядке, с конца. Наблюдается при шизофрении (на протяжении обычно короткого периода), в структуре навязчивостей, при некоторых органических поражениях головного мозга. Ср.: письмо зеркальное.

**Р. импрессивная** (*лат. impressio* – выразительное впечатление). Одна из сторон речевого общения – восприятие и понимание обращенной к больному речи, устной или письменной. Страдает при сенсорной афазии и алексии.

Син.: Р. сенсорная.

**Р. мимико-жестикуляционная.** Общение между людьми, основанное на системе жестов и мимических движений. Используется глухонемыми.

Син.: Р. жестовая.

**Р. монотонная.** Нарушение речи, характеризующееся незначительностью интонационного выделения слов и слогов. Наблюдается при органических поражениях головного мозга (паркинсонизм). Иногда отмечается у практически здоровых.

**Р. обстоятельная.** Нарушение речи, проявляющееся замедлением ее темпа, явлениями брадилогии, излишней обстоятельностью, склонностью к детализации, вязкостью, застреванием на незначительных по смыслу обстоятельствах. Цель высказывания, речевая задача при этом сохраняются, но путь к ним значительно замедляется. Характерна для эпилепсии.

**Р. олигофазическая** (*греч. oligos* – малый, *phasis* – речь). Нарушение речи, при котором наблюдается оскуднение речевого запаса, обеднение, редуцированность грамматического строя, интонационная мо-

нотонность. Наиболее типична для эпилепсии (См. *Олигофазия),* проявления ее наблюдаются при органических поражениях головного мозга с элементами амнестической афазии (при некоторых постинсультных состояниях, в начальной стадии болезней Пика и, особенно, Альцгеймера).

**Р. парадоксальная.** Нарушение речи, при котором в ней сосуществуют противоположные по смыслу высказывания. Наблюдается при шизофрении, иногда при выраженных маниакальных состояниях с нарушением логического строя мышления.

**Р. персевераторная** *(лат. persevero* – упорно держаться, продолжаться). Нарушение речи, при котором больной многократно повторяет одно и то же слово или речевой оборот, хотя речевая ситуация уже изменилась и не соответствует речевым проявлениям. Отличается от речевых стереотипии, которые не ведут начало от какого-то адекватного импульса речевой деятельности и существуют сами по себе, тогда как речевые персеверации – это застревание на первоначально в какой-то мере обусловленной речевой продукции. После перерыва в речевой деятельности возможно появление персевераций другого содержания, а речевые стереотипии в этом отношении отличаются аутохтонностью. См. *Персеверация, Мышление персевераторное.*

**Р. пуэрильная** (*лат. puerilis* – детский) Напоминает детскую – картавость, сюсюкание, детские искажения слов, нередко больной о себе говорит в третьем лице. Сочетается с детскостью поступков, поведенческих реакций. Наиболее часто наблюдается при истерических психозах, иногда при истериформных реакциях, при органических поражениях головного мозга.

**Р. рифмованная.** Нарушение речи, при котором преобладает тенденция рифмовать слова. Чаще всего это рифмования низкого уровня, по созвучию, используется в ущерб смыслу. Наблюдается при состояниях маниакального и кататонического возбуждения, нередко – при эпилепсии в сочетании со слащавостью.

**Р. скандированная.** Нарушение речи, для которого характерны брадилалия, слова четко разделены на слоги («разрублены»). Р. тугоподвижна, иногда – с распевными интонациями. Наблюдается при поражении мозжечка (рассеянный склероз).

**Р. слащавая.** Нарушение речи, являющееся проявлением дефензивного компонента эпилептической пропорции темперамента. Больные говорят вкрадчиво, льстиво, слащаво, часто употребляют уменьшительные суффиксы, шаблонные хвалебные обороты. Наиболее типична для эпилепсии, наблюдается также иногда у психопатических личностей, главным

образом у эпилептоидов.

**Р. эксплозивная** *(лат. explodo* – извергать с шумом). Неритмичная речь, при которой на фоне задержек и растягивания звуков и слов происходят своеобразные словесные «выбросы», характеризующиеся скачкообразным ускорением, непроизвольно форсированной громкостью звуков (наблюдается при поражении полушарий мозжечка).

**Р. экспрессивная** (*лат. expressio* – выразительность). Одна из сторон речевого общения, проявляющаяся в спонтанном выражении своих мыслей, чувств, желаний, в произнесении слов и фраз. Страдает при моторной афазии и аграфии.

Син.: Р. моторная.

**Рибо закон.** См. *Закон Рибо.*

**Ригидность психическая** *(лат. rigiditas* – твердость). Психопатологическое состояние, характеризующееся недостаточной подвижностью психических процессов, нарушениями переключаемости мышления и речи, инертностью установок. Все это значительно затрудняет адаптацию психики больных к изменяющимся условиям внешней среды. Наиболее характерно для экзогенно-органических поражений головного мозга, эпилепсии

**Риккельса – Даунинга шкала депрессий** [Rickels K., Downing R.W., 1972]. Шкала для оценки клини-

ческой картины и степени выраженности депрессивных состояний. Учитывает 23 симптома расстройств настроения, психомоторики, мышления, соматики, группирующихся соответственно шести ортогональным факторам (например, беспокойство, заторможенность, враждебные установки и т.п.).

Используется для дифференциальной диагностики, оценки динамики течения заболевания и эффективности проводимой терапии.

**Рингеля пресуицидальный синдром** [Ringel E., 1953]. Психологический симптомокомплекс, чаще наблюдающийся, по мнению автора, у лиц с присущей им тенденцией к суицидальным актам в сложных ситуациях (суицидопатия). В основе – «ограничение психической жизни» в силу то ли особенностей личности, то ли динамики развития характера, интерперсональных контактов, присущей человеку системы оценок. В связи с этим возникает торможение агрессии вовне, преобладают аутоагрессивные тенденции (в понимании теории фрустрации), появляются желание смерти, фантазирование о смерти. «Ограничение психической жизни» может быть и следствием психического заболевания.

Длительность синдрома – от нескольких минут до недель и месяцев. Диагностика Р.п.с. имеет значение в профилактике самоубийств.

**Рипофобия** *(греч. rhypos* – грязь, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь грязи, нечистот. Понятие, близкое мизофобии.

**Ритуалы** *(лат. ritualis* – обрядовый). Двигательный акт, простой или сложный, выполняемый попреки воле и внутреннему сопротивлению больного, символически выражая надежду таким образом предотвратить предполагаемое несчастье. В таком плане может рассматриваться как проявление механизма психологической защиты. Достигая значительной выраженности, Р. сам по себе становится мучительным ананкастическим феноменом.

Навязчивые Р. сочетаются с навязчивыми мыслями и страхами в рамках обсессивно-компульсивного синдрома. Символически-ритуальные действия иногда сложно соотносятся с породившей их причиной. Так, навязчивое мытье рук не всегда является следствием мизофобии (боязни загрязнения); оно может носить символический характер, и, как следствие смещения понятий, их подстановки, выражает стремление больного быть чистым от вины, греха.

Навязчивые защитные Р. могут быть достаточно сложными; так, при компульсивном влечении к педантичности, больные свою повседневную жизнь превращают в расписанную поминутно стереотипную систему затверженных церемоний, начиная от утреннего

вставания до вечернего туалета («ритуал спальни»). S. Freud выделял при этом два вида защитных механизмов: уничтожение и изоляцию. Пример уничтожения – бесконечное мытье рук при мизофобии, пример изоляции – церемониал, заключающийся в запрещении возможности прикосновения к нежелательному предмету (табу на прикосновение).

**Рише–Тулуза метод лечения эпилепсии** [Richet Ch., 1899, Toulose E., 1900]. Заключается в применении бромидов при одновременном обесхлоривании организма с помощью диеты, содержащей мало пищевой соли (до 3 г в сутки). В настоящее время в качестве самостоятельного метода не применяется, однако является составной частью лечебного и диетического режима при эпилепсии.

**Робина синдром** [Robin P., 1929]. Наследственное заболевание, характеризующееся триадой признаков: 1) глоссоптоз в сочетании с другими аномалиями полости рта, нередко приводящий к тяжелым нарушениям дыхания; 2) микроцефалия; 3) умственное недоразвитие. Тип наследования – аутосомно-рецессивный.

**Роджерса «центрированная на клиенте» психотерапия** [Rogers C., 1951]. Форма недирективной психотерапии, в которой врач лишь создает оптимальную для больного обстановку, а формулирование ак-

туальных для него проблем и поиск пути их разрешения предоставляются самому больному. Стимулируется развитие у больного чувства ответственности за свое поведение, его тенденция к независимости. Психотерапевт ограничивается лишь ролью доверенного лица, показывающего больному, что он понимает его состояние, он избегает каких-либо оценок, не направляет разговор и поведение больного. Однако тактика врача способствует появлению и укреплению у больного чувства уверенности, безопасности, дружеского расположения. Наиболее часто применяется для лечения детей и подростков и основана на вере в способность людей самостоятельно разрешать актуальные для них, в том числе и психогенно травмирующие, проблемы.

**Рожнова концепция эмоционально-стрессовой психотерапии** [Рожнов В.Е., 1979, 1980]. Основана на признании важности состояний целебного, саногенного стресса, вызываемого самыми различными психотерапевтическими эмоциональными приемами, в том числе и специальной Рожнова методикой эмоционально-стрессовой гипнотерапии. Концепция исторически опирается на представления о лечении идеалами А.И. Яроцкого (см. *Яроцкого аретотерапия)* и на представления H. Selye о благотворном, живительном действии эмоционального стресса, лишен-

ного отрицательного аффективного компонента, дистресса (см. *Селье синдром адаптации).* Развивается в исследованиях М.Е. Бурно [1982], Л.П. Баканевой и Ю.В. Мельникова [1982].

**Рожнова методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии** [Рожнов В.Е., 1971]. Применяется для лечения хронического алкоголизма. С помощью гипнотического внушения вырабатывается условно-рефлекторная эмоционально отрицательная реакция на вкус и запах алкоголя. Здесь играют роль групповой аффект, директивность, создание стрессовой ситуации, взаимоиндукция и т.д.

**Рожнова удлиненный гипноз** [Рожнов В.Е., 1953]. Гипнотический сеанс длится 1-1,5 ч, что способствует углублению гипнотического торможения и повышает терапевтическую активность лечебного внушения. Рекомендуется для групповой гипнотерапии в стационаре и амбулаторных условиях. Врач приходит к больным каждые 15-20 мин и проводит лечебные внушения продолжительностью 2-3 мин.

**Розенберга симптом** [Rosenberg M., 1912]. Нарушение ориентировки в правом-левом в двигательных проявлениях. Один из симптомов расстройств «схемы тела».

**Розенталя синдром** [Rosenthal C., 1927]. Пароксизмально развивающийся катаплектически-галлю-

цинаторный синдром страха, включающий в себя слуховые, зрительные и тактильные псевдогаллюцинации, чувство страха, возникающее спонтанно, без связи с какими-либо причинами, и катаплектиформные расстройства («приступы бодрствования» в ночное время). Описан при энцефалитах и шизофрении.

**Розенцвейга тест фрустрации** [Rosenzweig S., 1945]. Проективная методика исследования особенностей личности. Согласно теории Розенцвейга, фрустрация возникает, когда организм (личность) сталкивается с более или менее непреодолимым препятствием на пути к удовлетворению какой-либо жизненной потребности. Фрустрационная устойчивость – способность приспособиться к стрессовой ситуации. Обследуемому показывают рисунки, на которых изображены фрустрационные ситуации, и он вкладывает в уста одного из персонажей рисунка слова, которые тот должен высказать по этому поводу. Реакции обследуемого различают по их направленности (порицание фрустрирующего фактора или себя, стремление нивелировать конфликтность ситуации), по типу реакции (подчеркивание фрустрирующего фактора, самозащита, потребность разрешения ситуации).

Методика полезна при исследовании личностных особенностей больных, страдающих неврозами, психопатиями.

**Ромена методика активного самовнушения** [Ромен А.С., 1964]. Психотерапевтическая методика, основанная на самовнушении и состоящая из двух этапов – стабильного и мобильного. Первый характеризуется обучением больного способности активно погружать себя в особое самовнушенное состояние покоя и мышечной релаксации. Второй этап посвящен реализации необходимых направленных самовнушений. В процессе занятий активным самовнушением происходит и обучение пациента способности произвольно направленно воздействовать на течение психофизиологических процессов в организме (например, вызывать у себя анестезию или гипералгезию, изменять температуру тела и т.п.). Важное условие методики – короткие сроки овладения самовнушением (1,5-3 недели).

**Роршаха тест** [Rorschach H., 1921]. Проективный метод исследования личности с помощью 10 специальных таблиц («пятен»). В ответах обследуемого на вопрос, что он видит в этих пятнах, обращают внимание на такие показатели, как форма, цвет, величина деталей пятна, привлекших его внимание, кинетичность образа и т.д., и интерпретируют эти показатели. При анализе результатов руководствуются следующими основными критериями:

1) что видит обследуемый в предъявляемых ему

пятнах -изображениях (силуэты людей, зверей, предметов);

2) использует ли он при создании образа отдельные детали или изображение в целом;

3) что преобладает в ответе – цвет, форма, движение и т.д.

В отечественной клинической психологии Р.т. разрабатывали в исследованиях Л.Ф. Бурлачука [1975, 1979], И.Г. Беспалько [1978], И.И. Белой [1978].

**Россолимо метод психологических профилей** [Россолимо Г.И., 1909]. Психологический метод, направленный на разностороннее исследование психики, в первую очередь – интеллектуально-мнестического уровня. Состоит из ряда экспериментальных приемов, позволяющих характеризовать состояние внимания, памяти зрительных образов (фиксационной, репродукционной и ретенционной), запоминание вербального и цифрового материала, осмысления, пространственной комбинаторики.

**Рубинстейна–Тейби синдром** [Rubinstein G., Taybi H., 1963] Симптомокомплекс признаков врожденной аномалии развития: удлиненные большие пальцы рук и ног, аномалия лица, глаз, микроцефалия, олигофрения, В крови – повышенное содержание меди. Обусловлен хромосомной аномалией.

**Руброфобия** (*лат. ruber* – красный, *греч. phobos* –

страх). См. *Эритрофобия.*

**Руда синдром** [Rud E., 1927]. Триада признаков врожденной аномалии развития: ихтиоз, идиотия, эпилептиформные припадки.

**Руминация** *(лат. ruminatio* – пережевывание, повторение). Возвращение уже пережеванной пищи из пищевода и желудка в рот и повторное ее проглатывание. Наблюдается при неврозах.

**Руминация психическая** *(лат. ruminatio* – пережевывание, повторение). Навязчивое состояние в виде многократного или постоянного явления в сознании больного одних и тех же мыслей, повторений. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, иногда при шизофрении.

Син.: умственная жвачка.

**Рюмке симптом чувства шизофрении –** Praecox-Gefuhl [Rumke H.G., 1957]. Возникающее у врача-психиатра при беседе с больным шизофренией специфическое переживание, которому придается важное диагностическое значение, аналогичное Шнейдера симптомам первого ранга. Подчеркивается роль интуиции врача, его личностных свойств диагноста, своеобразного личностного резонанса, возникающего в условиях межчеловеческой коммуникации. Без чувства шизофрении, по мнению автора, все известные шизофренические симптомы лишаются харак-

терной окраски. Выделение чувства шизофрении и взгляды H.G. Rumke на его сущность отражают влияние на зарубежную психопатологию идеалистических идей – субъективизма, гуссерлианской феноменологии. Р.с.ч.ш. является выражением опыта психиатра, его врачебной интуиции, и в таком плане должна оцениваться его диагностическая значимость.

# С

**Саарма симптом** [Саарма Ю.М., 1953]. Проявление негативизма: больной не отвечает на непосредственно к нему обращенные вопросы, но когда беседуют окружающие его люди, принимает участие в их разговоре.

**Садизм.** Сексуальная перверсия, характеризующаяся стремлением причинить половому партнеру боль, увечье. Проявлением садизма в ряде случаев бывают истязания и даже убийства жертв извращенного полового влечения с последующим половым актом (см. *Бертранизм)*

Термин был введен R. Krafft-Ebing. Связан с именем французского писателя XVIII в. маркиза де Сада, в произведениях которого подробно описан этот вид перверсии.

Син.: алголагния активная, половой тиранизм.

**Садомазохизм.** Сексуальная перверсия, характеризующаяся сочетанием садизма и мазохизма.

**Сакса–Леви тест незаконченных предложений** [Sachs J.M., Levy S., 1950]. Проективная психологическая методика. Обследуемому предлагают для того, чтобы он их закончил, 60 незаконченных предложений. Предложения разделяются на 15 групп, каж-

дая из которых характеризует какие-либо присущие обследуемому отношения – к отцу, матери, семье в целом, знакомым, сотрудникам и т.д. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым больным страхам и опасениям, к чувству сознания вины, свидетельствуют об отношении к прошлому и будущему. Для каждой группы отношений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или индифферентную. В советской патопсихологии методика апробирована Г.Г. Румянцевым [1969], показавшим ее значение для проведения реабилитационных мероприятий.

**Самовнушение.** Психотерапевтический метод, характеризующийся направленностью внушения на определенные стороны собственной психической деятельности, на некоторые особенности функции нервной системы и внутренних органов своего тела. См. *Куэ метод психотерапии.*

**Самооговор.** Приписывание себе не совершенных проступков и преступлений. Часто наблюдается в судебно-психиатрической практике.

Иногда С. носит характер целенаправленной деятельности и производится с целью избежать наказания за более тяжко наказуемое преступление.

**Самооценка.** Оценка субъектом своих личностных

особенностей и поступков. Зависит от состояния аффекта, бредовых переживаний и др. Должна учитываться при анализе анамнестических сведений. С. является одним из наиболее частых методов экспериментально-психологического исследования.

**Самоповреждение.** Нанесение самому себе телесных повреждений, умышленно или по неосторожности, случайно. Умышленное С. – частый признак психических заболеваний, особенно протекающих с депрессией, истерических.

**Самосознание.** Одна из сторон сознания – осознание человеком себя как личности с присущими ей интересами, целями, мотивами, мировоззрением. Расстройства С. в психиатрии приобретают важное диагностическое значение.

**Самоубийство.** Умышленное лишение себя жизни. Наблюдается при психических заболеваниях, главным образом протекающих с депрессией, а также и у психически здоровых (см. *Амбрумовой концепция суицидального поведения).* В некоторых случаях С. совершается одновременно двумя, обычно близкими лицами (С. двойное). Иногда С. предшествует убийство наиболее близких лиц с целью избавить их от переносимых ими или предстоящих им, по мнению больного, страданий (С. расширенное, С. альтруистические).

Син.: суицид (*лат. suis* – себя, *caedo* – убивать).

**Самоуничижение.** Заниженная оценка больным своих физических или моральных свойств, подчеркивание своей ничтожности, незначительности. Наблюдается в структуре бреда С., особенно часто – при депрессивных состояниях.

**Самоутверждение.** Стремление к завышенной самооценке, тенденция представить свою значительность, важную роль в происходящих событиях. Наблюдается у психопатических личностей параноического и истероидного круга, а также в рамках мегаломанических бредовых синдромов.

**Саногенез** (*лат. sanus* – здоровый, *греч. genesis* – происхождение, развитие). Процесс восстановления нарушенных в течение болезни функций организма, его саморегуляции. Понятие, противопоставляемое патогенезу.

**Санте де Сантиса болезнь** [Sante de Sanctis, 1905]. Одно из первых описаний детской шизофрении. Начало чаще всего в возрасте четырех лет. Глубокое эмоциональное и интеллектуальное снижение, кататонические симптомы, стереотипии, негативизм, эхолалия, манерность, приступы немотивированного гнева.

Вначале рассматривалась как заболевание экзогенного круга, инфекционного или токсического ге-

неза, затем, с развитием учения о шизофрении E. Bleuler – как форма детской шизофрении.

Син.: «очень ранее слабоумие».

**де Сантиса–Какьоне болезнь** [de Sanctis C., Caccione A., 1932]. Одна из форм олигофрении. Характерны пигментная ксеродермия, малый рост, умственное недоразвитие всех степеней, неврологическая симптоматика (рефлекторные и координационные расстройства), гипоплазия наружных половых органов. Рентгенологически – малые размеры турецкого седла. В основе лежат патология гипофизарно-промежуточного мозга и расстройства порфиринового обмена.

Син.: де Сантиса–Какьоне синдром.

**де Сантиса–Какьоне синдром.** См. *Де Сантиса-Какьоне болезнь.*

**Санфилиппо синдром** [Sanfilippo S.J., 1962]. Комплекс врожденных аномалий: умственная отсталость, утолщение костей черепа, увеличение печени, патологическое изменение формы поясничных позвонков. В моче при этом – увеличение кислых мукополисахаридов.

**Сапфизм.** Женский гомосексуализм. Название связано с древнегреческой поэтессой Sappho, жившей на острове Лесбос в конце VII в. до н.э.

Син.: лесбианство, лесбийская любовь, трибадия.

**Сатанофобия** *(греч. satanos* – сатана, *phobos* – страх). См. *Демонофобия.*

**Сатириазис** *(греч. satyros* – сатир). Повышенное половое влечение у мужчин с постоянным чувством сексуальной неудовлетворенности и поиском новых партнерш. Понятие, близкое к донжуанизму.

**Сатомуры синдром** [Satomura A., 1979]. Своеобразное невротическое развитие, при котором основное место занимает страх оказаться смешным и неприятным в глазах значительного или вышестоящего лица. В отличие от антропофобии, больные боятся не окружающих, а себя во взаимоотношениях с ними. Характерны постоянные сомнения в самооценке, трудности межличностных контактов. Могут возникать бредовые идеи по типу сенситивного бреда отношения. С.с. рассматривается как характерный для японцев невроз, тесно связанный с социокультуральными особенностями Японии. Лечение, в том числе и психотерапия, отличается малой эффективностью.

**Сатурнизм** *(лат. Saturnus* – свинец в трактатах алхимиков). Хроническая свинцовая интоксикация. Характерны соматические (нарушения обмена порфиринов, полиневропатия, свинцовая колика и др.) и психические (повышенная боязливость, шизофреноподобная симптоматика, эпилептиформные припадки, картина свинцового псевдопаралича) расстрой-

ства.

**Сахарная нагрузка.** Метод исследования сахарного обмена путем дозированного перорального введения сахара и последовательного определения уровня сахара в крови в течение 2-х часов. Позволяет судить о состоянии инкреторной функции поджелудочной железы. Используется в эндокринологии для выявления латентного сахарного диабета и в психиатрии при подготовке к проведению инсулинокоматозной терапии.

**Сверхценное увлечение.** Вид деятельности, приобретающей доминирующее в жизни человека значение, характеризующейся значительной аффективной насыщенностью, увлеченностью. К С.у. относятся коллекционирование, выходящая за рамки обычного разработка системы мероприятий по физическому оздоровлению, уход в сферу не совсем обычных для данного круга лиц интересов (йога, парапсихология и др.).

**Сверхценные идеи.** См. *Идеи сверхценные.*

**Светлый промежуток.** При фазном или приступообразном течении болезни – интервал между психопатологическими состояниями, во время которого симптомы болезни отсутствуют. При наличии признаков резидуальной дефектной симптоматики употребление термина С.п. неправомерно, например, при ремиттирующем течении шизофрении.

**Свидетельство о болезни.** Документ военно-медицинского учета, с помощью которого оформляется результат военно-врачебной (психиатрической) экспертизы военнослужащего. Содержит сведения паспортного характера, данные анамнеза, объективного исследования, вывод военно-врачебной комиссии о пригодности к продолжению военной службы, данные о связи заболевания со службой в армии, рекомендации по транспортировке в случае признания обследуемого непригодным для службы.

**Свинцовая кайма.** Симптом хронической интоксикации свинцом (сатурнизма) – полоска лилово-серого цвета вследствие отложения сульфида свинца по краю десен и зубов.

**Свядоща верификационная концепция внушения** [Свядощ А.М., 1982]. Во внушении помимо смыслового (семантического) компонента выделяется фактор верификации информации. Достоверность и значимость вводимой психотерапевтом информации верифицируются путем их автоматической, неосознаваемой оценки. Благодаря этому организм, не загружая сознания, ограждается от неадекватного реагирования на сигналы, которые либо не имеют существенного для него значения, либо несут ложную или неосуществимую информацию. Такая добавочная (верифицирующая) информация повышает

достоверность основной (семантической). Примеры верифицирующей информации – интонация речи и мимика психотерапевта, его врачебный авторитет.

**Свядоща информационная теория неврозов и психотерапии** [Свядощ А.М., 1960, 1964, 1967, 1969]. Психогении рассматриваются как раздражители, действие которых определяется не физическими параметрами, а информационным, сигнальным, значением. Невроз – болезнь, вызванная информацией. Такой подход основан на этиологическом принципе понимания сущности неврозов. Психотерапия рассматривается как лечение информацией, которая может адресоваться к одному больному или одновременно к группе больных. Действие информации может быть непосредственным или отставленным во времени. Информация может передаваться не только речевым путем, но и сопутствующими речи психотерапевта мимикой, жестами, интонациями и т.п. Информацией определяется и эмоциональное воздействие врача на больного. Виды психотерапии различаются соответственно характеру ввода, переработки или действия информации.

**Свядоща методика угашения условной связи** [Свядощ А.М., 1959]. Психотерапевтическая методика лечения невротических симптомов, особенно фобий, при которой возникший патологический условный ре-

флекс угашают многократным повторением сходных или более слабых условнорефлекторных раздражителей по сравнению с теми, которые его первоначально вызвали. Например, с ребенком, испугавшимся набросившейся на него черной собаки, играют в домики, которые должна сторожить игрушечная, вначале белая, а затем – черная собака.

**Свядоща – Ромена методика аутогенной тренировки** [Свядощ А.М., Ромен А. С., 1963]. Модификация метода аутогенной тренировки. Перед началом тренировки применяется подготовительное упражнение. направленное на обучение умению вызывать у себя релаксацию. Изменен и характер некоторых упражнений первой ступени, например, перед воздействием на ритм сердечной деятельности предварительно вызывается ощущение тепла в области грудной клетки.

**Сдавление головного мозга.** Симптомокомплекс, включающий признаки повышенного внутричерепного давления и очаговые неврологические симптомы. Наблюдается при наличии в полости черепа объемного образования (опухоли, абсцесса головного мозга, гематомы и др.).

Син.: компрессия головного мозга.

**Сегла симптом** [Seglas J., 1892]. Наблюдается при кататоническом мутизме. Выражение лица и губ боль-

ного свидетельствует о желании ответить на задаваемые ему вопросы, но это желание остается неосуществимым. Один из симптомов негативизма.

**Седативные средства** (*лат. sedo* – успокаивать). Лекарственные средства, оказывающие общее успокаивающее действие на психику (препараты валерианы, бромиды, барбитураты в малых дозах, транквилизаторы)

**Седийо симптом** [Sedillot]. Комплекс невротических симптомов, наблюдающихся при различных видах сексуальных расстройств у мужчин (раздражительность, повышенная возбудимость, утомляемость, потливость, снижение потенции).

**Седуксеновый тест.** См. *Диазепамовый тест.*

**Сексология** (*лат. sexus* – пол, *греч. logos* – учение, наука). Наука, изучающая половую жизнь в ее социальном, психологическом и физиологическом аспектах.

**Сексопатология** (*сексо + патология).* Медицинская наука, изучающая половые расстройства, их клинику, течение и методы лечения, разрабатывающая способы диагностики и предупреждения сексуальной патологии.

**Сексуальная формула.** Условная характеристика для определения индивидуальных особенностей половой жизни пациента с помощью оценки основных

ее проявлений. С этой целью используются специально разработанные шкалы самооценки, ответы на вопросы регистрируются в баллах, что позволяет проводить сравнительную оценку С.ф. у разных людей. Шкалы различаются соответственно полу исследуемого.

**Сексуальные игры.** 1. Игры детей с явной эротической окраской их деятельности, например, обнажение, показ своих половых органов; 2. Действия сексуальных партнеров в подготовительной стадии близости, цель которых – усиление полового возбуждения.

**Сексуальный эксцесс.** Совершение мужчиной в течение суток более одного полового акта (с эякуляцией). Один из показателей половой активности.

**Секундарная эпилепсия** *(греч. epilambano* – нападать, хватать. *лат. secundarius* – последующий, второй). Вторичная эпилепсия. См. *Эпилепсия симптоматическая.*

**Селье синдром адаптации** [Selye H., 1936]. Неспецифическая реакция защиты, вызываемая воздействием разнообразных внешних раздражителей, стрессоров. Стресс – состояние организма, определяемое этими неспецифическими изменениями и рассматриваемое как попытка восстановить гомеостатическое равновесие. Различают три фазы общего адаптационного синдрома: 1) реакция тревога,

«аларм», мобилизация; 2) стадия сопротивления, резистентности; 3) стадия истощения, когда исчерпываются адаптивные возможности. Ведущая роль в развертывании адаптивного синдрома принадлежит гормонам; таким образом, из совокупности процессов, входящих в понятие стресса, разрабатывается только одно звено. В психиатрии также отмечались попытки объяснить возникновение некоторых заболеваний, в первую очередь эндогенных, с позиции концепции стресса. Концепция H. Selye способствует углублению наших знаний о соматических основах шизофрении, но не может достаточно объяснить сущность болезненных проявлений [Морозов В.М., 1963]. Эта концепция сыграла важную роль в дальнейшей разработке учения K. Bonhoeffer об острых экзогенного типа реакциях.

Особенности синдрома адаптации на кортикальном, психологическом уровнях могут соотноситься с Розенцвейга теорией фрустрации.

**Семёнова симптом** [Семёнов П.А., 1916]. Неравномерность величины зрачков, наблюдающаяся иногда после эпилептического припадка и длящаяся в течение суток. Отсутствует у эпилептиков а межприпадочном периоде, чем отличается от стойкой анизокории при органических поражениях головного мозга. Не наблюдается при истерических припадках.

**Семиотика** *(греч. semeiotikon).* Учение о признаках (симптомах) болезней и патологических состояний.

**Сенестопатии** *(греч. koinos* – общий, *aisthesis* – чувство, ощущение, *pathos* – страдание, болезнь) [Dupre E., Camus P., 1907]. Крайне тягостные и неприятные, неопределенные телесные ощущения, локализуемые на поверхности тела или во внутренних органах и лишенные телесной основы. Чаще всего входят в структуру ипохондрического бреда.

**Сенесценция (** *лат. senesco* – стареть). Старение. Телесные и психические изменения, наступающие вследствие старения.

**Сенилизм** *(лат. senilis* – старческий). Ранняя или преждевременная старость, развитие старческих телесных и психических изменений у относительно нестарых людей, в зрелом и пожилом возрасте.

**Сенильный.** Старческий, относящийся к старости, типичный для старческого возраста, например, сенильная деменция, сенильные психозы.

**Сенситивность** *(лат. sensus* – чувство).Повышенная чувствительность, ранимость, неуверенность в себе, преувеличенная совестливость, склонность к сомнениям, застревание на своих переживаниях.

**Сенсопатии** *(сенсо + греч. pathos* – страдание, болезнь). Нарушения чувственного познания (ощущений, восприятий, представлений) при психических бо-

лезнях. Рецепторные, наиболее простые, элементарные расстройства.

**Сенсорная депривация** *(англ. deprivation* – лишение, утрата). Сенсорная изоляция, информационный голод, недостаточность общения. Наблюдается в экстремальных ситуациях (длительное одиночество человека в тайге, в пещере, океане и т.п.). Изучается при экспериментальном моделировании.

**Сентиментальный тип личности** *(фр. sentiment* – чувство) [U.H. Peters, 1984, 1987]. Преморбидные особенности личности, отмечающиеся у больных аффективными психозами, в частности психозом страха–счастья (см.). Характерны повышенная эмоциональность, лабильность протекания аффектов. Поведение пробанда определяется в первую очередь эмоциями. Часты состояния экстаза, острое ощущение переживаний других людей, выраженная эмпатия. Обычно такие люди пользуются любовью со стороны окружающих.

**Серейского синдром** [Серейский М.Я.]. Психические расстройства, наблюдающиеся при поражении конвекситатного отдела лобной доли доминантного полушария (абулия, адинамия, аспонтанность).

Син.: синдром трех А.

**Серейского смесь** [Серейский М.Я., 1955]. Предназначена для лечения эпилепсии. Порошки содер-

жат фенобарбитал, бромизовал, кофеин, папаверина гидрохлорид, кальция глюконат. Имеется три варианта дозировок в зависимости от тяжести заболевания. Курс лечения длительный.

**Серейского этиологическая триада** [Серейский М.Я., 1934]. Факторы, играющие роль в возникновении шизофренических реакций: соматическое заболевание, истощение организма, психическая травма.

**Серодиагностика** (лат. *serum* – сыворотка + *диагностика).* Диагностика на основе серологических реакций (Вассермана, Кана, Закса– Витебского и др.).

Син.: серологическая диагностика.

**Серологическая реакция.** Реакция типа антиген – антитело с учетом одного из наблюдающихся при этом феноменов, сопровождающих формирование имунного комплекса (преципитация, агглютинация, связывание комплемента).

**Серотонин.** Биологически активное вещество из группы биогенных аминов. Содержится во всех тканях организма. Известна роль С. как медиатора в некоторых синапсах.

**Сеттона синдром** [Sutton Th., 1813]. Белая горячка пьяниц.

**Сеюнкция** *(лат. sejunctio* – отделение, расхождение) [Wernicke C., 1880]. Понятие об «основном процессуальном расстройстве», обусловленном наруше-

нием вследствие болезни системы ассоциативных путей, связывающих друг с другом различные проекционные поля коры большого мозга. Вследствие сеюнкции, по C. Wernicke, возникают первичные процессуальные симптомы выпадения или раздражения. В зависимости от локализации поражения в гипотетических транскортикальных путях различались психозы аллопсихические, аутопсихические, психомоторные и психосенсорные. Соответственно выделялись и виды дезориентировки. Понятие С. предшествовало понятию расщепления.

**Сибсы** (*англ. sibs* – брат или сестра). Родные братья и сестры. Термин применяется в психиатрической генетике.

**Сивадона–Бюкереля синдром** [Sivadon M.P., Buquerell, 1946]. Разновидность наркомании, влечение к употреблению внутрь духов и одеколона.

**Сигматизм** *(греч.* буква *«сигма»,* обозначающая звук «С»). Дефект речи, непроизнесение звука «С», замена его свистящими и шипящими звуками.

Син.: шепелявость.

**Сиденгама хорея** [Sudenham T., 1636]. Ревматическое поражение головного мозга, наступающее, главным образом, в детском возрасте и характеризующееся хореатическими гиперкинезами при снижении мышечного тонуса. Психические изменения по типу асте-

нии, недостаточности внимания, пугливости, снижается память, внимание (см. *Сухаревой триада).* Обязательно наличие ревматизма.

Син.: малая хорея, вульгарная хорея, пляска святого Витта, ревматическая хорея.

**Сидеродромофобия** *(греч. sideros* – железо, *dromos* – бег, *phobos* – страх) [Чиж В.Ф., 1912]. Навязчивый страх, боязнь езды в железнодорожном транспорте, особенно при ускорении движения.

**Сила «Я».** Психоаналитический термин, употребляемый для обозначения степени самостоятельности личности, его противостояния окружающему миру и внешним влияниям, направленности и самостоятельности его стремлений и желаний.

**Симбаматопатия** (*греч. sumbata* – случайное событие, *pathos* – страдание, болезнь). Психогенное состояние, возникающее в связи с внезапными катастрофами, стихийными бедствиями (землетрясением, крушением поезда, пожаром и т.д.).

**Симбантопатии** *(греч. sumbata* – случайное событие, *pathos* – страдание, болезнь). [Kraepelin E., 1915]. Группа психогенных заболеваний, связываемых с «превратностями судьбы», к которой относились невроз испуга, возникающий при переживании тяжелой катастрофы (например, землетрясение), и так называемые травматические неврозы. Последние

понимались как неврозы, возникающие чисто психически, в связи с волнениями, несчастьями, но не как неврозоподобные состояния травматического генеза. Типичный пример травматического невроза – рентный (сутяжнический) невроз. Ср.: гомилопатии и понопатии.

**Симболофобия** *(греч. symbolon* – знак, значение, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь предметов, событий, явлений, сновидений, которые для больного носят особый, скрытый смысл и воспринимаются им как знак неблагоприятного предзнаменования.

**Символика симптома.** Психоаналитическое понятие, обозначающее скрытый, замаскированный смысл тех или иных психических и соматических симптомов, рассматриваемых как проявление вытесняемых импульсов. Особенно широкое распространение получила в психосоматической медицине (органная символика).

**Симметромания** *(греч. simmetria* – соразмерность, зеркальное расположение по отношению к оси, *mania* – страсть, безумие) [Sternberg M., 1913]. Вид навязчивых действий. Проявляется в непреодолимом стремлении производить симметричные движения руками, пальцами, глазами и т.п. Рассматривается как расстройство моторики, протекающее по механизму ре-

флекторной тенденции к содружественной билатеральной деятельности.

**Симмондса–Глинского болезнь.** См. *Кахексия гипофизарная.*

**Симонова информационная теория эмоций** [Симонов П.В., 1964]. Возникновение эмоций рассматривается в связи с адекватностью информационного запаса организма реальной ситуации. Возникновение эмоций – способ компенсации недостаточности информации, например, эмоции оборонительной доминанты, возникающие, когда животное или человек превентивно реагирует на неизвестные ему по прежнему опыту и угрожающие ему раздражители внешней среды. Отрицательный характер эмоций – следствие дефицита прагматической информации, прирост информации ведет к образованию положительно окрашенных эмоций. Возникновение эмоций рассматривается как результат рассогласования между протезируемой ситуацией и афферентными сигналами, поступающими из внешней среды. Если требуемый ситуацией объем информации соответствует наличной, эмоции не возникают, поведение носит заученный, автоматизированный характер.

**Симпатикотония** *(симпатико + греч. tonos* – напряжение). Преобладание тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы над парасимпа-

тическим. Противоположна парасимпатикотонии (ваготонии).

**Симптомы** *(греч. symptoma* – совпадение, признак). Клинические проявления болезни. Различают С. общие и местные, функциональные и органические, диффузные и очаговые, благоприятные и неблагоприятные.

В соответствии со структурой рефлекторной дуги А.В. Снежневский [1983] различал С., относящиеся к ее рецепторной части (сенсопатии), С. интрапсихические (патология эмоций, мышления, восприятия и др.) и С. эффекторных расстройств (расстройства побуждений, моторики, влечений, импульсивные явления и др.). Будучи признаком болезни, взятый сам по себе С. нозологической специфичностью в существенной мере не обладает; последняя приобретается им в структуре синдрома.

**С. аллегорической речи** *(греч. allegoria* – иносказание) [Neisser C.]. Особая форма построения неологизмов. О происшествии говорится иносказательно, одним словом или кратким словесным оборотом, специфическим выражением. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

**С. видимых мыслей.** Появление у больного какой-либо мысли сопровождается возникновением зрительного образа.

**С. витальной тоски** [Schneider K.]. Наиболее частый симптом эндогенной, особенно циркулярной, депрессии. Тоскливому настроению соответствует оттенок телесного чувства, изменение ощущения собственного тела. Чувство витальной тоски почти неотделимо от физических страданий больного и нередко локализуется им в теле; например, больной, показывая на грудь, говорит, что там сидит страшная тоска. В то же время витальные ощущения тождественны так называемым общим ощущениям типа общей усталости, разбитости, которые не связаны ни с каким определенным органом [Weitbrecht H.J., 1960].

**С. включения** [Mayer-Gross W., 1936]. Наблюдается при конструктивной апраксии и заключается в том, что больной не может отойти от копируемого образца, рисунка, он наносит свои линии или кружочки на элементы рисунка-образца. Наблюдается и при конструировании фигур из палочек и спичек. Автор объяснял происхождение этого феномена чувством страха, испытываемым больным перед пространством, отделяющим его от образца.

Син.: симптом смыкания *с* моделью [Ajuriaguerra G.].

**С. внушенных галлюцинаций.** См. *Рейхардта симптомы.*

**С. воздушной подушки** [Dupre E.]. Длительное

приподнятое над подушкой положение головы у лежащих в постели больных-кататоников. Между головой и подушкой – расстояние в 5-10 см. При попытке врача опустить голову больного на подушку отмечается негативистическое сопротивление, и вскоре голова вновь оказывается приподнятой.

**С. волоса** [Вассерман М.А., 1941]. Ощущение во рту инородного тела, чаще всего волоса или нити, вызывающее у больного попытку освободиться от него с помощью движений языка и губ. Был описан первоначально как С., патогномоничный для интоксикации тетраэтилсвинцом. В настоящее время рассматривается как проявление своеобразных зрительно-тактильных галлюцинаций, локализующихся в полости рта, зева и глотки [ротоглоточные галлюцинации инородного тела, по М.Г. Гулямову, 1972]. С.в. наблюдается при различных интоксикационных психозах, в том числе [Гулямов М.Г., 1984] при некоторых вариантах алкогольного делирия.

Син.: симптом инородного тела, симптом постороннего тела во рту, галлюцинаторное ощущение волос во рту и в горле.

**С. враждебности к семье** [Желиховский С.М., 1935]. Характерен для шизофрении, особенно часто наблюдается в подростковом и юношеском возрасте. Враждебность часто носит характер немотивирован-

ной, не вытекает из бредовых переживаний. Симптом отличается своеобразной диссоциацией – враждебность к семье отмечается при индифферентности к другим окружающим. При помещении больного в стационар враждебность нередко нивелируется, при выписке домой – обостряется вновь.

**С. вторичный.** Признак психической болезни, психологически выводимый из другого ее признака. Это положение представляется спорным, так как большинство современных исследователей считает, что и первичные, и вторичные симптомы обусловлены единым патогенетическим процессом, но вторичный симптом известное время может просматриваться.

Син.: симптом акцессорный (*лат. accessorius* – добавочный).

**С. выпадения.** Название негативных психопатологических симптомов, отражающих обеднение психики, ее оскудение и упрощение (утрата интересов, мыслительной активности, эмоциональное оскудение и т.д.).

**С. гвоздя.** См. *Гвоздь истерический.*

**С. гетерономный** (*греч. heteros* – другой, иной, *nomos* – закон). См. *Клейста систематика психопатологических симптомов и синдромов.*

**С. гомономный** (*греч. homos* – тот же самый, *nomos* – закон). См. *Клейста систематика психопа-*

*тологических симптомов и синдромов.*

**С. граммофонной пластинки** [Mayer-Gross W., 1931]. Стереотипное и безостановочное повторение с неизменными интонациями через определенные интервалы времени одного и того же рассказа или нескольких фраз. Наблюдается при болезни Пика и является одним из вариантов стоячих оборотов.

Син.: симптом курантов.

**С. двойника** [Гиляровский В.А., 1922]. Наблюдается при сыпнотифозном делирии. Тело или отдельные его части кажутся больному удвоенными, причем «двойник» находится как бы вне тела больного, а не внутри его, как это бывает при шизофрении. Больной активно стремится освободиться от «двойника» как от чего-то постороннего, чужого.

**С. завершения фразы** [Stengel E., 1935]. Исследующий произносит неоконченные фразы, в которых недостающие слова как бы сами собой разумеются, предопределены контекстом, а больной эхолалически повторяет эти фразы, добавляя концовку. Наблюдается при кататонической шизофрении.

**С. запойного чтения** [Вроно М.С., 1971]. Один из начальных признаков шизофрении препубертатного возраста. Характеризуется односторонним увлечением чтением. Нередко чтение становится единственным занятием больного ребенка, читающего днем и

ночью, в школе и дома. Попытка противодействия вызывает у больного раздражение и злобу. Содержание прочитанного ни с кем не обсуждается, не удается установить, какое оно произвело впечатление на ребенка. Такое чтение носит характер сверхценного образования, ему присущи односторонность, непродуктивность, при этом явственно обнаруживаются аутистические тенденции.

**С. зеркала.** 1. [Abely P., 1927]. Стремление больных подолгу рассматривать себя в зеркале, обращая внимание на лицо и другие части тела. Наблюдается при начальной шизофрении и при ипохондрически-параноидных состояниях иного генеза. Нередко является признаком дисморфофобических переживаний. С течением заболевания исчезает или, в редких случаях, трансформируется в стереотипии.

2. [Останков П. А., 1934]. В отличие от предыдущего симптома зеркала наблюдается при наличии грубой органической деменции (прогрессивный паралич, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика) и при исходных состояниях шизофрении. В генезе существенную роль играют стереотипии и наличие сильного раздражителя, преобладание пассивного внимания над активным.

Син.: рефлекторный симптом зеркала.

**С. зубчатого колеса.** Наблюдается при паркинсо-

низме и является следствием экстрапирамидной мышечной ригидности. Движения конечностей происходят как бы толчкообразно, прерывисто. При исследовании мышечного тонуса врач испытывает ощущение ступенчатости вызываемых им движений.

**С. иллюзии двойника.** См. *Капгра синдром.*

**С. капюшона** [Останков П.А., 1936]. Своеобразная поза больных шизофренией, натягивающих на голову рубашку, халат или простыню и таким образом полностью или частично закрывающих лицо. Характерна бредовая интерпретация больными своей позы в плане идей физического воздействия.

**С. каски.** См. *Каска неврастеническая.*

**С. катания пилюль.** Ритмический тремор II, III и противопоставленного им V пальцев руки. Производит впечатление манипулирования мелкими предметами. Наблюдается при паркинсонизме.

Син.: симптом счета монет.

**С. коротких ассоциаций** [Bleuler E., 1920]. Склонность больных шизофренией к чрезмерно лаконичным и неразвернутым высказываниям, своеобразной констатации фактов. Проявление резонерства. Особенно явственно обнаруживается при патопсихологическом исследовании, в описании рисунков ТАТ.

**С. лишних воспоминаний** [Mazurkiewiecz J., 1949]. Выявляется при беседе с больным и характеризует-

ся тем, что больной, внешне спокойно и бесстрастно, включает в общий контекст своей речи не связанные с ним в смысловом отношении фрагменты воспоминаний. Содержание этих воспоминаний не является патологическим, однако они не соответствуют смысловой направленности диалога, немотивированы. Автор рассматривал этот симптом как проявление диссолюции в деятельности нервной системы и высвобождения из под контроля высших ее отделов прелогических динамизмов (см. *Мазуркевича теория).* Описан при шизофрении и неглубоких расстройствах сознания.

**С. «мертвецов» и «уродов»** [Лаврецкая Э.Ф., 1970]. Входят в состав Капгра синдрома ложного узнавания, наряду с симптомами интерметаморфозы, положительного и отрицательного двойника. Симптом «мертвецов» характеризуется «узнаванием» больными в окружающих давно умерших людей («людей с того света»); при симптоме «уродов» лица окружающих воспринимаются как уродливые, искаженные, непропорциональные, «плоские», «четырехугольные» и т.д. Рассматриваются как нарушения узнавания индивидуального лица, как дефект идентификации лица и сближаются с прозопагнозией. В отличие от прозопагнозии является проявлением функциональной агнозии па лица. Наблюдаются при шизофрении.

**С.-мишень.** См. *Мишень-симптомы.*

**С. мнимого диалога.** Наблюдается у больных алкоголизмом. В состоянии опьянения они ведут продолжительные беседы, споры с воображаемым собеседником, животными, иногда со своим отражением в зеркале. Ср.: диалоголалия.

**С. монолога.** Проявление расстройств речи, входящих обычно в структуру шизофренической разорванности. Характерна непрерывная экспрессивная речь, иногда даже при отсутствии собеседника.

**С. мышления вслух** [Шевалев Е.А., 1937]. Характеризуется обнаруживающимися в речи больного ненаправленными высказываниями как в присутствии людей, так и в одиночестве. Это могут быть не только законченные слова и фразы, но часто отдельные восклицания, беспричинные внезапные смех или плач, то есть прорывающиеся вовне эмоциональные реакции на внутренне протекающий мыслительный процесс. К С.м.в. относятся и формы речевого общения с галлюцинаторными образами. Наблюдается при некоторых формах психопатий (у так называемых «патологических болтунов»), при неврозах и психозах (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, старческое слабоумие). В клинике психозов нередко обнаруживается в начале заболевания, иногда может быть единственным психопатологическим симптомом при

ремиссии. Происхождение симптома различно в рамках разных заболеваний, что придает ему и относительную нозологическую окрашенность.

**С. навязчивых ламентаций** (*лат. lamentatio* – жалоба, сетование) [Thurzo E., 1928]. Описан при постэнцефалитическом паркинсонизме. Больной многократно, по нескольку раз в день, в одних и тех же словах излагает врачу свои жалобы. Во время обхода, уже при выходе врача из палаты, просит его вернуться и вновь в тех же словах и выражениях повторяет прежние жалобы. Симптом рассматривается как проявление аффективно-автоматических речевых тенденций. Автор проводил аналогию между этим симптомом и палилалией.

**С. неврологические общемозговые.** Проявление нарушений деятельности головного мозга вследствие патологического процесса (при повышении внутричерепного давления, интоксикации и др.) без очаговых нарушений. Например, помрачение сознания, застойные соски зрительных нервов.

**С. неврологические очаговые.** Наблюдаются при очаговых поражениях головного мозга, например, нарушения речи при инсульте.

С. недописанного слова. Беспорядочные и хаотические пропуски букв, слов, строчек в письменной речи. Наблюдается при маниакальных состояниях в связи с

ускорением ассоциативного процесса и неустойчивостью внимания.

**С. обирания.** Однообразные движения, имитирующие процесс снимания чего-то со своего тела или с одеяла, простыни. Наблюдается при мусситирующем делирии, аментивном состоянии.

**С. облигатный.** Обязательный для данного заболевания признак, наблюдающийся при всех его формах и обусловленный сущностью основного патологического процесса.

**С. общих знакомых** [Джалдети А., 1959]. В беседе с врачом или другими до того малознакомыми собеседниками больной называет людей, им вовсе не знакомых, но говорит о них, как об известных собеседнику. Наиболее характерен для шизофрении, но наблюдается и при других психических заболеваниях, протекающих с расстройствами мыслительной деятельности. Связан с наличием иллюзий памяти, бредовых интерпретаций, ускорения мышления, его разорванности, слабоумия. В случаях улучшения психического состояния больного исчезает.

**С. отказа в последний момент** [Йончев В., 1964]. Больной, настаивающий на том, чтобы врач выслушал его жалобы, соображения, в тот момент, когда ему предоставляют возможность высказаться, умолкает. Наблюдается при шизофрении и объясняется с

точки зрения механизма гипноидно-фазовых состояний (наличие ультрапарадоксальной фазы) в коре головного мозга.

**С. открытости.** Переживание больным чувства доступности, известности мыслей и чувств окружающим. Об этом нередко свидетельствуют испытываемые больным эхо-феномены – повторение вслух окружающими мыслей больного (эхо-мыслей), повторение «голосами» мыслей больного (галлюцинаторное эхо), в вербальных галлюцинациях его предуведомляют о том, что ему предстоит услышать (предвосхищающее эхо) и др. Возможен итеративный характер эхо-феноменов в виде многократного повторения [Жмуров В.А., 1988]. Переживание открытости наблюдается и вне эхо-феноменов – больной чувствует, что его мысли известны всем.

**С. патогномонический** (*греч. pathos* – болезнь, страдание, *gnomonikos* – способный к суждению, знающий). Синдром, наблюдающийся исключительно при данном заболевании и не характерный для других.

**С. первичные.** Признаки болезни, обусловленные ее сущностью, этиопатогенезом и не выводимые психологически из других. Ср.: симптомы вторичные.

**С. повторяемости восприятий** [Глазов В.А., 1946]. Наблюдается при острых интоксикациях (акрихин) и

характеризуется тем, что все происходящее вокруг бесконечно повторяется. Возникает приступообразно в связи с внутривенным введением акрихина.

**С. повышенной откликаемости.** Повторение больным слов и фраз собеседника, прежде чем ответить на них. Наблюдается при старческом слабоумии, болезни Пика. Проявление митигированной, облегченной, эхолалии.

**С. поиска поддержки** [Завилянская Л.И., 1977]. Наблюдается при начальной шизофрении в подростковом и юношеском возрасте и отражает личностную компенсаторную реакцию на заболевание, возникающую на фоне процессуальных шизофренических изменений. Больной обращается к окружающим с навязчивой просьбой рассеять его опасения, связанные с болезнью и изменением его положения в семье, коллективе, Получив успокаивающий ответ, через некоторое время больной, как бы не удовлетворяясь им, вновь повторяет тот же вопрос. В повторяемом без изменений вопросе отмечаются элементы стереотипии. С течением заболевания механизмы навязчивости лишаются аффективной окраски и задаваемый больным вопрос становится типичным проявлением шизофренических стереотипии.

**С. полигнома** (*греч. polys* – многий, *gnosko* – познавать). См. *С. энциклопедиста.*

**С. психические негативные.** Признаки психических заболеваний, характеризующие обеднение личности больного, снижение активности мыслительной деятельности и эмоциональное оскудение.

Син.: минус-симптомы.

**С. психические позитивные.** Проявления психопатологической продукции, например, бред, галлюцинации, гипер– или гипотимия.

Син.: плюс-симптомы.

**С. психотической брани** [Pary R.J., 1979]. Описан как редкое осложнение после длительного применения нейролептиков. Характеризуется копролалией, гримасами и нарушением артикуляции в сочетании с пароксизмальным миганием глаз. Отсутствуют признаки орально-буккальной или жевательной дискинезии, а также непроизвольные движения конечностей. Рассматривается как проявление редуцированного Жиля де ла Гуретта синдрома.

**С. редупликации галлюцинаций** [Узунов Г., Божинов С., Йоцов М., Георгиев И., 1957]. Наблюдается при психозах, возникающих вследствие интоксикации бромом. Речь идет о повторяемости галлюцинаторных переживаний, а не воспоминаний, как при редупликационной парамнезии, или реальных восприятий, как при Глазова симптоме повторяемости переживаний. Обычно сочетается с психосенсорными рас-

стройствами. Характерны эмоциональная насыщенность переживаний, их неприятный чувственный оттенок. Галлюцинаторные образы часто окрашены в черный цвет.

**С. ретроспективных нарушений узнавания** [Краснов В.Н., 1976] Один из вариантов ложных опознаний. Ложное опознание формируется спустя некоторое время после визуального контакта с ложно опознаваемым лицом – ретроспективно больные утверждают, что виденный ими ранее человек был определенно им знаком, либо, наоборот, под видом знакомого или родственника предстал совершенно незнакомый человек. Таким образом, речь идет о ретроспективном, отставленном во времени варианте симптомов положительного и отрицательного двойника, входящих в структуру Капгра синдрома.

**С. речевой диссоциации** [Штернберг Э.Я., 1960, 1967; Блейхер В.М., 1964, 1970]: 1. Симптом аграфически-афатической диссоциации – расстройства письменной речи опережают расстройства устной. На стадии амнестической афазии отмечаются нарушения списывания и воспроизведения автоматизированных энграмм, на стадии транскортикальной сенсорной афазии выявляется абсолютная аграфия. 2. Симптом парафатически-афатической диссоциации характеризуется ранним выявлением вербальных па-

рафазий, особенно при повышенной речевой нагрузке (на стадии транскортикальной сенсорной афазии).

С.р.диссоциации характерны для динамики афатических расстройств атрофического происхождения и объясняются множественностью очагов поражения коры большого мозга. Наблюдается при болезни Альцгеймера.

**С. сального лица.** См. *Рейхардта симптомы.*

**С. сдвига ситуации в прошлое** [Жислин С.Г., 1956] Проявление характерного для старческого слабоумия и Альцгеймера болезни амнестического синдрома. Близок к экмнезии, при которой стирается грань между событиями настоящего и прошлого. События настоящего относятся больными к прошлому, в связи с этим нередко игнорируется смерть близких (родителей, мужа, сестры); больная утверждает, что только что виделась с ними. На вопрос о том, какие газеты больная читает, она сообщает перечень, в котором фигурируют газеты как современные, так и выходившие в прошлом. В генезе симптома играют роль амнестические расстройства, патологическое оживление запасов прошлого жизненного опыта, дефектное восприятие больными окружающего.

**С. стоячие.** Психопатологические признаки, проявляющиеся в стереотипно-итеративной деятельности (речевой, двигательной). Типичные примеры: стоячие

обороты и симптом граммофонной пластинки при болезни Пика, двигательные итерации – при пей же.

**С. субъективного переживания повторяемости собственных психических процессов** [Насонов Б.А., Куценок Б.М., 1965]. Описан при акрихиновой интоксикации и близок к Вальтер-Бюэля эхомнезии и симптому повторяемости восприятий Глазова. Отличается тем, что повторяемость относится не только и не столько к происходящему вокруг, сколько к собственным движениям и мыслям. Характерно также отсутствие в этот период у больного экспрессивной речи, которая восстанавливается одновременно с прекращением переживания повторяемости.

**С. сухого языка** [Осипов В.П., 1923]. Наблюдается при выраженных депрессиях и характеризуется сухостью языка, покрытого фулигинозным налетом, на котором в ряде случаев могут возникать трещины. Характерна гипосаливация. Язык застойный, опухший, с отпечатками зубов по краям. Симптом объясняется характерными для депрессивного состояния вегетативными расстройствами.

**С. сходства** [Смирнов В.К., 1972]. Сочетание ложного узнавания и неузнавания одного и того же лица – в облике хорошо знакомого человека больной узнает другого знакомого или родственника. Одно из проявлений патологии узнавания при шизофрении.

**С. счастливых сновидений** [Попов Е.А., Бирюкович П.В., 1956]. Появление аффективно-положительно окрашенных сновидений у больных циркулярным психозом в начале выхода из депрессии. Является ранним признаком начинающегося выздоровления.

**С. счета монет.** См. *С. катания пилюль.*

**С. танцующего дервиша** («танцующие дервиши» – мусульманская секта, члены которой совершают экстатические танцы) [Gartfield D.A., Gutheil T.G., 1982]. Редкий симптом, описанный у больного шизофренией, в течение ряда лет получавшего лечение нейролептиками. Характеризуется быстрой ходьбой по кругу небольшого диаметра регулярно раз в 2 недели (иногда в течение 16 часов). Можно думать о роли в генезе симптома явлений акатизии и тасикинезии (см. *Ио синдром).*

**С. турбуленции** *(лат. turbulentus* – беспорядочный). [Flugel T., 1956]. Крайняя степень двигательного возбуждения экстрапирамидного происхождения.

**С. указания вины** [Schneider K., 1932; Scheid W., 1934]. Больной испытывает не столько чувство собственной вины, сколько считает виновными в якобы допущенных им проступках и прегрешениях окружающих. Характерен для инволюционных депрессий и имеет известное прогностическое значение. Психозы с идеями самообвинения протекают более благопри-

ятно, чем когда в структуру бреда входит переживание совиновности окружающих.

**С. умолкания.** Неожиданное и необъяснимое внешними факторам изменение, нивелирование клинической картины заболевания, исчезновение таких его проявлений, как гипертимия, психомоторное возбуждение и т.п. В некоторых случаях, например при конфабуляторной форме старческого слабоумия, этот симптом даст основания предполагать наличие латентно протекающей соматической патологии (пневмонии, пиелоцистита и др.).

**С. факультативные.** Необязательные признаки болезни, имеющие второстепенное диагностическое значение. Учитываются при обнаружении совместно с облигатными симптомами.

**С. физиогенные.** Симптомы, психического заболевания, обусловленные морфологическим субстратом, патологическими изменениями органов и тканей.

**С. фиксации взора.** Наблюдается при пассивном повороте головы больного с истерической слепотой – глазные яблоки плавно смещаются в противоположную движению головы сторону и зрачки остаются фиксированными на лице врача.

**С. фотографии** [Коркина М.В., 1973]. Проявление своеобразного отношения больных с дисморфофобией (дисморфоманией) к фотографиям. Фотографии

привлекаются либо в качестве доказательства «уродства» больного, либо же наблюдается отказ больных фотографироваться даже для необходимых документов.

**С. фотографического чтения вслух** [Осипов В.П., 1908]. Монотонное, громкое, быстрое чтение с воспроизведением всех знаков препинания, без необходимых модуляций в голосе. Один из кататонических эхокинетических симптомов.

Син.: эхолексия.

**С. Фреголи.** См. *Фреголи симптом.*

**С. хоботка.** Стереотипная гримаса, при которой губы больного выпячиваются в трубочку. Варьирует в степени выраженности и продолжительности (от нескольких секунд до спастического удержания гримасы в течение продолжительного времени). Возможны малая выраженность С.х. (абортивный хоботок) и парциальные его проявления, когда выпячивается только одна губа [Сухаребский Л.М., 1966]. Наблюдается при кататонической шизофрении.

**С. циклотимические резидуальные** [Huber G., Glatzel G., Lungershausen E., 1969]. Резидуальная психопатологическая симптоматика, наблюдающаяся после депрессивной фазы циклотимии и проявляющаяся аффективными симптомами, менее выраженными, чем во время фазы, снижением психической ак-

тивности, неполным восстановлением прежних интересов, усилением некоторых преморбидных личностных свойств, например, тревожной мнительности.

Понятие, близкое синдрому несостоятельности.

**С. чувства нереальности** [Jaskin J.C., 1935]. Наблюдается в начальной стадии легкой циркулярной (циклотимической) депрессии. Характерно испытываемое больным чувство нереальности, относящееся как к окружающей действительности, так и к собственной личности. Больной знает, что окружающий мир или его тело реальны, но не чувствует этого. Характерна жалоба на то, что между ним и окружающим миром как бы возникла стена.

**С. шизофрении второго ранга** [Schneider K., 1955]. Симптомы меньшего, по сравнению с симптомами первого ранга, диагностического значения. К ним относятся не включенные в группу симптомов первого ранга обманы восприятия, бредовые озарения, растерянность, депрессивные или гипертимические расстройства, эмоциональное обеднение и др. Если они достаточно выражены и постоянны, они все же имеют, по K. Schneider, известное диагностическое значение.

**С. шизофрении первого ранга** [Schneider K., 1955]. Совокупность выделенных эмпирическим путем симптомов, имеющих важное диагностическое

значение. Включает в себя проявления «патологических переживаний»: звучание собственных мыслей, слуховые галлюцинации противоречивого и взаимоисключающего характера, соматические галлюцинации, слуховые галлюцинации комментирующего характера, внешнее воздействие на мысли, чувства, побуждения, поступки, симптом открытости, обрывы мыслей (шперрунги), бредовые восприятия (реальное восприятие чего-либо кажется больному сделанным, иррациональным, имеющим к нему особое отношение). Уверенная диагностика шизофрении, по K. Schneider, правомерна при наличии всех симптомов первого ранга и при отсутствии знаков органического поражения головного мозга, расстройств сознания. Не являются обязательными, облигатными симптомами шизофрении, их отсутствие не исключает диагностики шизофренического процесса. Диагностическая значимость наличия С.ш.п.р. в клинической картине подтверждается катамнестическими исследованиями [Koehler K.G., Steigerwald F., 1977].

**С. экрана сновидений** [Lewin B.D., 1946; Rycroft Ch., 1951]. Заключается в том, что сновидения кажутся больному проецируемыми на воображаемый экран. Является выражением экзальтации начальной стадии циркулярной мании и может рассматриваться как проявление оживления эмоциональности. Ав-

торами интерпретировался психоаналитически – сон якобы отождествляется с материнской грудью, происходит символизация экстатического слияния с грудью и отрицания враждебности к матери.

**С. энциклопедиста** [Пантелеев Д., 1968]. Наблюдается в письменном и художественном творчестве больных парафренной шизофренией и характеризуется склонностью этих больных к политематической и поливалентной деятельности. Больные пишут на самые различные темы и в самых разнообразных жанрах (литературные произведения, рисунки, портреты, картины, статьи, труды с претензией на научные открытия или научную рационализацию, афоризмы, сентенции, наставления и т.п.). В письменном и художественном творчестве больных отражаются их болезненные переживания, искаженное отражение действительности. Особенно характерен для больных с фантастически-мегаломаническими и персекуторными бредовыми переживаниями.

Ср.: Кутанина синдром многописательства при паранойяльных состояниях.

Син.: С. полигнома.

**Симптоматика.** Совокупность симптомов заболевания или группы болезней.

**Симптоматология.** См. *Семиотика.*

**Симптомокомплекс.** См. *Синдром.*

**Симультанный** *(лат. simul* – совместно с). Одновременный. Например, симультанный синтез, расстройства которого характерны для поражений головного мозга теменно-височной локализации.

**Симуляция психического заболевания.** Сознательное, притворное поведение, заключающееся в имитации признаков несуществующего психического заболевания с целью избежать наказания за совершенное преступление. Различают С. превентивную (предварительную), проявляющуюся перед совершением правонарушения; интрасимуляцию, осуществляемую в момент совершения преступления, и постсимуляцию, которая проявляется после совершения преступления и является защитным поведением, предпринимаемым с целью избежать наказания.

С. возможна и на патологически измененной почве [Говсеев А.А., 1899], чаще всего у страдающих органическими поражениями головного мозга, олигофренией, при наличии шизофренического дефекта психики, у психопатических личностей. Это не симуляция в истинном смысле, а патологическое притворство. К С. на патологически измененной почве относятся аггравация, метасимуляция и сюрсимуляция.

*Аггравация* – сознательное, нарочитое усиление признаков имеющегося заболевания.

*Метасимуляция* заключается в умышленном вос-

произведении симптомов только что перенесенного заболевания, чаще всего реактивного состояния.

*Сюрсимуляция* – изображение психопатологических симптомов, не свойственных, чуждых имеющемуся заболеванию.

**Синапсы** *(греч. synapsis* – соприкосновение, соединение). Специализированные структуры, обеспечивающие передачу нервного импульса с нервного волокна на какую-нибудь клетку. В зависимости от того, за счет какого медиатора осуществляется синаптическая передача, различают дофаминовые, серотониновые и др. С. Изменением функции дофаминовой системы мозга на уровне С. и рецепторов (см.) объясняется развитие психических расстройств при шизофрении. Дофаминовая гипотеза шизофрении заключается в предположении о том, что в тканях мозга больных образуется избыточное количество дофамина, повышается активность дофаминергических структур мозга, появляется гиперчувствительность дофаминовых рецепторов и увеличение их количества. Возникновение эндогенной депрессии первоначально связывали с дефицитом серотонина или норадреналина (серотонинергическая и норадренергическая гипотезы) в настоящее время патогенез депрессии объясняется нарушением равновесия различных систем синаптической передачи, изменени-

ем чувствительности рецепторов или нарушениями в синтезе нейротрансмиттеров (медиаторов).

**Синдромы** *(греч. syndromos* – вместе бегущий, *syndrome* – стечение признаков болезни). Система взаимосвязанных в патогенезе симптомов болезни. Нозологическая диагностика возможна при учете статики и динамики С. По А.В. Снежневскому [1983], развитие психического заболевания сопровождается увеличением числа симптомов, возникновением новых, изменениями в их взаимоотношениях, что приводит к превращению одного синдрома в другой. Смена синдромов, их патокинез отражает специфический для заболевания механизм развития патологического процесса [Давыдовский И.В., 1962].

Термин С. иногда употребляется для обозначения заболевания, главным образом это относится к наследственным болезням).

**С. абстинентный.** См. *Абстиненция.*

**С. абстинентный алкогольный.** См. *С. похмелья.*

**С. абулический.** Характеризуется отсутствием побуждений, утратой желаний, безучастностью и бездеятельностью в связи с исчезновением откликаемости. Наблюдается при шизофрении, органических поражениях головного мозга (в виде С. апатико-абулического).

**С. адаптационный.** См. *Селье синдром адапта-*

*ции.*

**С. Алисы в стране чудес.** Описан J. Todd [1955]. Характеризуется явлениями деперсонализации, дереализации (с искажением представлений о пространстве и времени), зрительными иллюзиями, псевдогаллюцинациями, метаморфопсиями, чувством раздвоения личности. Наблюдается при заболеваниях различной этиологии (эпилепсия, церебральные опухоли, интоксикационные и инфекционные психозы, шизофрения). Назван по имени героини одноименной книги Л. Кэррола.

**С. аментивный.** См. *Аменция.*

**С. аментивно-ступидный** *(лат. stupiditas* – тупоумие) [Зальцман Г.И., Попова Л.П., 1983]. Наблюдается при антабусных психозах и характеризуется одновременным существованием двух полюсов – с позитивными и негативными проявлениями. Первый – аментивноподобный; для него характерны аллопсихическая дезориентировка во времени и месте, аутопсихическая дезориентировка типа деперсонализации с явлениями растерянности, инкогеррентность мышления, элементы последующей амнезии. Второй полюс – острой деменции – характеризуется дезорганизацией поведения при нарушении способности к осмыслению ситуации, расстройствами памяти на текущие события.

**С. амотивационный** (*а + фр. motif* – побудительная причина, повод) [Maller O., 1978]. Характеризуется нарушением побуждений и рассматривается как ведущий фактор в развитии шизофренического дефекта. Выделен с позиций психобиологической модели шизофрении и, по мнению автора, является генетически обусловленным. В генезе амотивационного синдрома большое значение придается изменениям активирующего влияния ретикулярной формации, особенно гипоталамуса, на кору большого мозга.

**С. аноэтический** (*а + греч. noetikos* – способный к мышлению). Характеризуется резким снижением или прекращением всех видов мыслительной деятельности при непомраченном сознании, относительной сохранности внимания и некоторых аффективных реакций. Возникает в связи с блокадой активирующей импульсации из ретикулярной формации в кору головного мозга.

**С. апаллический.** См. *Кречмера апаллический синдром.*

**С. апатико-абулический.** Характеризуется утратой побуждений, отсутствием инициативы, адинамией, апатией, гипо– или акинезией, снижением речевой активности. Наблюдается при органических поражениях головного мозга лобной локализации.

**С. апоплектиформный** (*греч. apoplektikos* – по-

раженный ударом + *лат. formis* – подобный). Остро развивается и характеризуется наличием мозговых и очаговых неврологических симптомов, напоминающих картину геморрагического инсульта, но обусловленный какой-либо другой причиной, например, обширным инфарктом головного мозга.

**С. астенический.** См. *Астения.*

**С. астеноадинамический.** Характеризуется сочетанием астении и адинамии. Наблюдается при экзогенных и экзогенно-органических психозах.

**С. астеновегетативный.** Характеризуется астенией, протекающей с выраженными вегетативными расстройствами, главным образом, ваготоническими. Наблюдается при неврозах, реактивных состояниях, некоторых вариантах патологического развития личности.

**С. астенодепрессивный.** Сочетание астении со стойким снижением настроения. Наблюдается при неврозах, психозах (чаще соматогенных, психогенно-реактивных, однако нередко встречается и при циклотимии), при ряде соматических заболеваний.

**С. астеноипохондрический.** Сочетание астении с преувеличенной озабоченностью своим здоровьем, при этом часты неприятные телесные ощущения, отдельные сенестопатии. Исключительно часто встречается в практике пограничной психиатрии.

**С. атактического антагонизма** [Случевский И.Ф., 1955]. Характеризуется наличием контрастных психопатологических проявлений в мышлении, аффективности, поступках (взаимоисключающие суждения, сочетание чувственной тупости и неадекватных аффективных реакций, абулии и немотивированных и прямо противоречащих окружающей действительности поступков). Рассматривается как проявление ультрапарадоксальной фазы в коре большого мозга при шизофрении.

**С. аффективно-бредовой.** Сочетание аффективных расстройств с бредовыми (параноидными или парафренными). Наблюдается при многих психических заболеваниях.

**С. аффективный.** Общее название психопатологических синдромов, в клинической картине которых преобладают аффективные расстройства. Наблюдается при многих психических заболеваниях, в первую очередь при аффективных психозах.

**С. большой.** Усложненный, по сравнению с С. малым. Обычно образуется в результате генерализации и утяжеления психоза. Характеризуется сочетанием психопатологических расстройств разного регистра, например, аффективных и бредовых.

**С. бородатых женщин.** См. *Ашара–Тьера синдром.*

**С. вазомоторный** [Friedmann M., 1891]. Следствие сотрясения мозга. Характерны разлитые головные боли, головокружения (особенно при нагибании тела), астения, понижение волевой деятельности, ослабление памяти, непереносимость по отношению к перегреву, интолерантность к спиртным напиткам. При легком сдавлении сонных артерий наступают головокружения, цианоз. Жалобы больных носят монотонный, стереотипный характер. Отсутствуют боли в отдаленных частях тела, парестезии, чувство тоски и страха, псевдоневрастенические, ипохондрические и навязчивые состояния.

С наибольшей вероятностью речь идет о вегето-сосудистом компоненте посттравматической энцефалопатии. По данным автора, при микроскопии обнаруживаются изменения в средних и мелких артериях головного мозга – гиперемия мелких сосудов и капилляров, капиллярные геморрагии, очаги резкого расширения капилляров, круглоклеточные инфильтраты сосудистых стенок.

**С. височной доли.** Наблюдается при поражении височной доли головного мозга. Характерны галлюцинации (обонятельные, вкусовые, слуховые), снижение слуха, квадрантная гемианопсия, пароксизмы «уже виденного» или «никогда не виденного», нарушения речи (при патологическом очаге в доминант-

ном полушарии), расстройства памяти, иногда припадки психомоторной (джексоновской) эпилепсии.

**С. височно-теменной.** См. *Пика–Вернике височно-теменной синдром.*

**С. височный Ландольта** (Landolt H., 1960]. Выраженные личностные изменения, обусловленные значительным поражением, но не разрушением височной области доминантного полушария. Характерны снижение инициативы, затруднения в использовании приобретенного жизненного опыта, легкомыслие поступков, склонность к длительным бесцельным поискам, ипохондрические жалобы без адекватной эмоциональной окраски, апатия, безучастность. Клиническая картина дополняется проявлениями дисфории, сниженного настроения.

Наблюдается при травматических поражениях головного мозга, опухолях, височной эпилепсии.

**С. внешнего воздействия** [Claude H., 1924]. Понятие, близкое синдрому психического автоматизма. Включает в себя идеи внешнего воздействия, нарушения ощущения, восприятия, сенсомоторики, входящие в феномен ксенопатических явлений по P. Guiraud *(греч. xenos* – чуждый). Согласно H. Claude, в С.в.в. входят как истинные галлюцинации, характеризующиеся пространственной экстериоризацией, так и явления психического автоматизма в понимании G.

Clerambault, проявляющиеся в искаженной интерпретации фактов и рассматриваемые в связи с особенностями деятельности подсознания. По Ch. Bardenat [1975], понятие С.в.в. применимо, помимо собственно бредовых психозов, и к клинике онейроидных состояний.

Син.: полисиндром внешнего воздействия.

**С. врожденного токсоплазмоза** [Sabin A.B., Feldman H.F., 1949]. Характерен для врожденного церебрального токсоплазмоза и включает в себя гидроцефалию, хореоретинит и очаги обызвествления в головном мозге, так называемые интракраниальные кальцификаты. Нередко при этом наблюдаются явления задержки умственного развития различной степени выраженности и эпилептиформные припадки.

Указанные признаки имеют большее диагностическое значение, чем серологическая реакция Себина–Фельдмана, дающая положительные результаты у половины практически здоровых лиц в связи со значительной частотой асимптомно переносимого токсоплазмоза.

**С. вторжения.** *См. Кандинского–Клерамбо синдром.*

**С. вязкоапатического слабоумия** [Морозов В.М., 1967]. Один из вариантов эпилептического слабоумия, характеризуется выраженной апатией, край-

ней медлительностью и тугоподвижностью интеллектуальной деятельности и эмоциональных проявлений, отсутствием аффективной напряженности и эксплозивности. Наблюдается при большой давности и значительной интенсивности течения эпилептического процесса, протекающего с частыми судорожными припадками, эпилептическими статусами и эпизодами расстроенного сознания. Имеет большое сходство с дефензивным синдромом и противостоит эксплозивному. Близок к описаниям инертно-олигофазического слабоумия при эпилепсии [Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я., 1964].

**С. галлюцинаторно-параноидный.** Сочетание вербальных галлюцинаций с бредовыми идеями, чаще всего – преследования, воздействия, отношения. Наблюдается при шизофрении и шизофреноподобных психозах.

**С. галлюцинаторный.** См. *Галлюциноз.*

**С. гебефренический.** См. *Гебефрения, Кербикова триада гебефренического поведения.*

**С. гебоидный.** Сочетание аффективно-волевых нарушений с выраженными изменениями поведения вплоть до антисоциальных тенденций. Характерны грубость, негативизм, недостаточный самоконтроль, извращение эмоциональных реакций и влечений при известной интеллектуальной сохранности.

Наблюдается при шизофрении подросткового и юношеского возраста, психопатиях.

**С. гепатоцеребральный.** См. *Дистрофия гепатоцеребральная.*

**С. гиперкинетический.** Двигательное возбуждение с преобладанием непроизвольных и экспрессивных (мимика, жесты) движений.

**С. гиперсомнический.** См. *Гиперсомния.*

**С. гипноидный** [Протопопов В.П., 1946]. Выделен при шизофрении в соответствии с представлениями И.П. Павлова о хроническом гипнотическом состоянии, лежащем в основе ряда шизофренических симптомов. Обусловлен остро или подостро возникающей общей функциональной слабостью нервных клеток, приводящей к гипноидному типу реагирования на любые раздражители внешней или внутренней среды. Рассматривается как патофизиологическое основание, обусловливающее развитие психопатологической шизофренией симптоматики, в первую очередь снижения функций синтеза и анализа.

**С. гипопатический** *(гипо + греч. pathos* – страдание, болезнь). См. *Гипопатия.*

**С. годовщины** *(англ. annyversary syndrom)* [Hilgard G., 1960; Meyer J., 1973, 1979]. Характеризуется танатофобическими переживаниями у лиц, перенесших, особенно в детском возрасте, смерть кого-либо из

своих родителей, братьев, сестер. При приближении годовщины этого события появляются беспокойство, тревога, непрекращающиеся мысли с смерти, которая произойдет непременно в годовщину смерти близкого родственника.

**С. депрессивно-параноидный.** Характеризуется сочетанием тревожной депрессии со стойким выраженным параноидом. Бредообразование носит характер голотимного. В депрессивном бреде чаще всего фигурируют идеи обвинения, самообвинения, греховности, ипохондрические. Бредовые идеи могут носить характер синдрома Котара (фантастические идеи громадности и отрицания, нигилистические). Нередко отмечаются двойная ориентировка, соответствующие по смыслу бредовым переживаниям вербальные галлюцинации. Наблюдается при МДП, инволюционной депрессии, шизофрении.

**С. депрессивный.** См. *Депрессия.*

**С. диабетоподобный** [Бирюкович П.В., 1958]. При маниакально-депрессивном психозе в предприступном периоде обнаруживают предшествующие клиническим психопатологическим проявлениям фазы изменения углеводного обмена, напоминающие таковые при сахарном диабете, но отличающиеся обратимостью, кратковременностью.

**С. динамических нарушений схемы тела** [Раз-

дольский И.Я., 1935]. Характеризуется пароксизмально наступающими во время эпилептических припадков типа Браве–Джексона нарушениями схемы тела, выражающимися в ощущениях, будто бы судорожно сокращающаяся конечность или какой-то ее фрагмент совершают круговые, винтообразные движения. Наблюдается при органических поражениях головного мозга теменной локализации (опухоли мозга) и свидетельствует о распространении патологического процесса на переднюю центральную извилину, а также о поверхностной локализации опухоли. Как правило, отмечается в стадии тонической судороги и сопровождается нарушениями мышечно-суставного чувства.

**С. динамической хроноагнозии** [Шогам А.Н., 1965]. Наблюдается у больных шизофренией в процессе выполнения ими заданий по методикам, направленным на исследование конструктивной деятельности. Характеризуется нарушением субъективной оценки времени собственных действий, не стоящими ни в связи с настроением больного, ни с числом и качественной характеристикой допущенных в процессе выполнения задания ошибок. У больных в маниакальном или депрессивном состоянии оценка темпа собственных действий соответствует общему эмоциональному тонусу, у слабоумных больных наруше-

ние оценки времени действий пропорционально количеству ошибок.

**С. зависимые и независимые** [Малкин П.Ф., 1956, 1959]. Разделение психопатологических синдромов при соматогенных психозах в зависимости от их обратимости с ликвидацией вызвавшей психические расстройства причины. Зависимые синдромы носят сугубо симптоматический характер, тогда как независимые возникают при наличии патологически измененной почвы, в первую очередь, при изменении реактивности.

**С. закрытые и открытые** [Хвиливицкий Т.Я., 1973]. Выделены при сопоставлении структуры психопатологических синдромов при циркулярном психозе и шизофрении. При этом в синдромах различаются первичные (церебральные, эндогенные) симптомы, к которым относятся аффективные состояния, темп, напряженность психических процессов, и вторичные, связанные с рефлексией, ситуационными переживаниями, к которым относятся сверхценные и бредовые идеи, навязчивости, невротические симптомы. Первичные симптомы являются кристаллизационными центрами синдрома, вторичные – получают самостоятельное развитие, более лабильны, вторично влияют на эмоциональную сферу. В течении болезни, на разных ее стадиях наблюдаются закрытые («моно-

литные») и открытые (сложные) синдромы. Типичный пример С.з. – классический меланхолический синдром, которому могут предшествовать или сменять его С.о.

Соответственно, при С.з. лечение должно сводиться к биологическим методам, при С.о. – к ним добавляются психотерапия, методы реадаптации.

**С. измененной реактивности** [Пятницкая И.Н., 1975]. Включает в себя первые, диагностически наиболее важные признаки наркомании – изменение формы потребления наркотического вещества, изменение толерантности к нему, исчезновение защитных реакций при передозировке и изменение формы опьянения. Обязательно обнаруживается в клинике любой формы наркомании, наряду с синдромами психической и физической зависимости.

**С. интерпароксизмальный.** См. *Кронфельда интерпароксизмальный синдром.*

**С. ипохондрический.** Характерна убежденность больных в наличии у них тяжелого и неизлечимого заболевания. Часто, особенно на начальной стадии, отмечаются неприятные телесные ощущения, сенестопатии, в дальнейшем, по мерс течения заболевания, на их основе могут возникать сверхценные идеи и бредовые интерпретации. При значительной выраженности явлений сенестопатий говорят об ипохон-

дрически-сенестопатическом синдроме. Ипохондрическая симптоматика наблюдается при очень широком круге психических заболеваний – неврозах, развитиях, шизофрении, эндо– и психогенных депрессиях, соматогенных психозах.

**С. истерический.** См. *Истерия, Невроз истерический, Психозы истерические.*

**С. истощения ремиссионный.** Астения, наступающая при шизофрении со становлением лечебной ремиссии.

Син.: постпсихотическая астения.

**С. кататонический.** Психические расстройства, проявляющиеся, главным образом, в двигательной сфере (возбуждение, ступор, иногда – чередование этих состояний). Наблюдается, главным образом, при шизофрении.

*С.к. вторичный* (привитой) сменяет в течении шизофренического процесса другие синдромы (параноидный, галлюцинаторно-параноидный). Обычно это люцидная кататония. Наблюдается при непрерывно-прогредиентном течении шизофрении.

*С.к. люцидный* протекает при ясном сознании с адекватной оценкой окружающего, не сопровождается амнезией. Могут быть галлюцинаторно-параноидные включения.

*С.к. паракинетический* характеризуется парадок-

сальностью, вычурностью проявлений моторики. Часто сочетается с гебефренной симптоматикой.

*С.к. поздний* (инволюционный) – при возникновении заболевания впервые в возрасте свыше 45 лет.

*С.к. проскинетический* характеризуется повышенной готовностью к двигательной стереотипии, эхолалии или, наоборот, негативизму. См. *Проскинезия.*

*С.к. фебрильный* (пернициозный, смертельный) наблюдается при фебрильной шизофрении (см.).

**С. коммоционно-контузионный.** См. *Коммоция головного мозга, Контузия головного мозга.*

**С. конвекситатной поверхности лобных отделов головного мозга.** Психические нарушения, возникающие при патологии наружных отделов лобных долей, их выпуклой поверхности. Основной симптом – бедность влечений, побуждений [Kieist К., 1911]. Характерны нарушения мышления, редуцированность мыслительной деятельности, ее непродуктивность, ослабление комбинаторной способности. При описании каких-либо событий больные обнаруживают словесную скупость в изложении фактов, бедность мыслей [Klages W.]. Больные вследствие нарушения мотивации испытывают затруднения в начале какой-либо деятельности, не доводят ее до конца. Проявлением данного феномена являются и небрежность, неряшливость в одежде, безразличие к ведению хо-

зяйства. Психопатологически близок к таламической деменции. Наблюдается при атрофических процессах (лобный вариант болезни Пика), опухолях головного мозга лобной локализации. В последнем случае при устранении причины обнаруживает значительную обратимость.

**С. «кошачьего крика»** [Lejeune J ., 1963]. Разновидность олигофрений вследствие хромосомной патологии. Характеризуется выраженным умственным недоразвитием, низким ростом, микроцефалией, гипертелоризмом, «антимонголоидным» разрезом глаз, наличием эпиканта, низким расположением и асимметрией ушных раковин. «Мяукающий» тембр голоса обусловлен недоразвитием гортани. Умственное недоразвитие чаще всего степени имбецильности или идиотии.

**С. лабильности волевого усилия** [Мелехов Д.Е., 1963]. Один из вариантов шизофренического дефекта, характеризующийся лабильностью, неустойчивостью в длительной работе и легко наступающей дезорганизацией целенаправленной активности. Нарушения активности представлены шкалой, начиная от выраженной лабильности, неустойчивости волевого усилия, когда еще возможна компенсация дефекта, и кончая полной дезорганизацией поведения, мышления и речи.

Син.: диатонический тип дефекта [Сухарева Г.Е., 1935].

**С. лагерей уничтожения** [Trautmann E.C., 1961]. Наблюдается у бывших узников нацистских концлагерей. Психические расстройства проявляются через десятилетия после освобождения и характеризуются состоянием страха, депрессивными реакциями, неотвязно оживающими картинами прошлого. Наблюдаются вегетативные расстройства, сексуальная недостаточность, дисгармония супружеских отношений.

**С. лобный.** Характеризуется изменениями психической активности (аспонтанность или, наоборот, мория, иногда – чередование этих состояний), интеллектуально-мнестическим снижением, нарушениями критики. Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга с преимущественным поражением лобных отделов головного мозга опухолевого и посттравматического генеза, при болезни Пика.

**С. малый.** Психопатологическое расстройство, характеризующееся ограниченным кругом проявлений – астения, мания, депрессия, бред.

**С. маниакальный.** См. *Мания.*

**С. межуточного мозга** [Stertz G., 1929, 1931, 1933]. Психические нарушения при локализации органического поражения в межуточном мозге: выраженная аспонтанность, апатические изменения, эйфория, нару-

шения сна, интеллектуальное и мнестическое снижение, отсутствие сознания болезни. При устранении причины в некоторых случаях отмечается обратное развитие. Наблюдается при опухолях головного мозга и гипофиза, абсцессах мозга, церебральном атеросклерозе, рассеянном склерозе, сифилисе мозга, энцефалитах, травмах головного мозга.

**С. минимальной мозговой дисфункции.** См. *С. незначительного органического поражения головного мозга.*

**С. нарушений тонких движений** [Haase H.J., 1954]. Первое проявление влияния нейролептической терапии на экстрапирамидную систему. Наиболее характерны изменения почерка, который становится ригидным, строки короткие, наблюдаются явления микрографии, при написании букв – дрожание. Появление синдрома рассматривается как свидетельство того, что достигнут нейролептический порог.

**С. незавершенные** [Авруцкий Г.Я., 1968]. Синдромы, возникающие при шизофрении в связи с применением психотропных средств. По генезу эти синдромы, остановившиеся в формировании, а также неполостью редуцированные (более правильно называть их неразрешившимися). Нередко при этом меняется и структура самого психопатологического синдрома за счет трансформации мишень-симптомов в резуль-

тате воздействия психотропных средств. С.н. склонны к длительному существованию, лабильны, представляют собой как бы состояние равновесия между болезнью и ремиссией. Часты колебания в сторону ухудшения состояния больного. С.н. рассматриваются как прогностически благоприятные, их своевременная диагностика способствует проведению интенсивной терапии, направленной на полную редукцию психопатологического синдрома. В то же время длительное существование незавершенных синдромов свидетельствует о недостаточной интенсивности терапии и возможности ухудшения.

**С. незначительного органического поражения головного мозга** [Payne R.S., 1966]. Наблюдается у детей в результате органической резидуальной патологии (травмы, инфекции и интоксикации в периоде беременности, родов, в раннем детстве) и характеризуется тремя рядами симптомов: 1) неуклюжесть движений с хореоформными и атетоподобными движениями, затруднения в выполнении дифференцированных двигательных актов; 2) расстройства перцепции различной степени выраженности; 3) расстройства поведения – чрезмерная подвижность и затруднение концентрации внимания. Больные обнаруживают трудности в письме (дисграфия, дисорфография) и чтении.

Син.: экзогенный психосиндром раннего детского возраста [Lempp R., 1964], С. минимальной мозговой дисфункции.

**С. нейровегетативный** [Wichmann B., 1934]. Совокупность симптомов вегетативной дистонии. Проявляется признаками функциональных нарушений деятельности внутренних органов – желудка, пищевода, сердца и т.д., головной болью, колебаниями артериального давления, внутренним напряжением, возбужденностью, раздражительностью, внутренним беспокойством, повышенной утомляемостью. Некоторыми исследователями рассматривается как самостоятельный невроз – вегетоневроз.

Син.: вегетативная дистония, нейровегетативная дистония.

**С. нейролептический.** См. *Делея–Деникера синдром.*

**С. нейролептический злокачественный.** См. *Нейролептический злокачественный синдром.*

**С. несостоятельности** [Petrilowitsch N., 1970]. Резидуальное явление после депрессивной фазы циркулярного психоза, особенно часто – при депрессиях позднего возраста, способствует их хроническому, затяжному течению. Проявляется астенодепрессивной, фобической симптоматикой, явлениями психической гиперестезии, готовностью к ипохондрическим обра-

зованиям. Меняется позиция больного по отношению к внешнему миру, появляется отсутствовавшая до депрессии неуверенность в себе. Больным кажется, что у них изменилась осанка, и это заметно окружающим. Обращают на себя внимание личностные изменения – кризы самооценки, невыносливость по отношению к конфликтам, несостоятельность в обычных прежде для больного житейских условиях. Исчезновение выраженной депрессивной симптоматики с исходом в синдром несостоятельности требует дальнейшего длительного и интенсивного лечения, направленного на достижение стимулирующего и активирующего эффекта.

Понятие С.н. аналогично симптомам циклотимическим.

**С. ночнойеды** [Stunkard A., Grace W., Wolf H., 1955]. Обильная еда поздним вечером. Рассматривается как психосоматический синдром, часто приводящий к характерной тучности больных. К вечеру ухудшается настроение, нарастают беспокойство, раздражительность, усиливается аппетит, обычно в позднее время. Введение с пищей в организм углеводов приводит к улучшению настроения и самочувствия. Характерен плоский тип гипогликемической кривой. Может рассматриваться как проявление эмоциональной гипогликемии. Современными исследователями [Simon

R.J., 1963] интерпретируется как «эквивалент депрессии» или сближается с психогипогликемическим синдромом в рамках неврозов [Jarosz M., 1965].

Син.: синдром Стенкарда–Грейса–Волфа.

**С. обеднения побуждений** [Kleist K., 1911]. Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга с локализацией поражения в лобных отделах (конвекситатная поверхность). Характеризуется наступлением полной или частичной аспонтанности, выраженной абулией. Может также наблюдаться при некоторых формах слабоумия, опухолях гипофиза, некоторых эндокринных расстройствах, при тяжелой астении.

**С. обсессивиого влечения** [Портнов А.А., 1959]. Психическое влечение к наркотику, характеризующееся постоянными мыслями о нем, подъемом настроения в предвкушении приема, подавленностью и неудовлетворенностью при отсутствии наркотика. Часто навязчивость мыслей о наркотике сопровождается борьбой мотивов.

**С. обсессивно-фобический.** См. *Навязчивые состояния.*

**С. овладения.** См. *Кандинского–Клерамбо синдром.*

**С. «одичания».** См. *С. регресса психики.*

**С. онейроидный.** См. *Онейроид, Онейроидные со-*

*стояния.*

**С. осевой** [Hoche A.E., 1912]. Психопатологический синдром, наблюдающийся во всех формах течения того или иного психоза (главным образом речь шла об эндогенных психозах) и являющийся основным критерием диагностики. При шизофрении понятие осевого синдрома соответствовало совокупности выделенных E. Bleuler основных симптомов.

**С. острого горя** [Lindemann E., 1944]. Одна из форм пограничной психической патологии. Наблюдается чаще всего при утрате близких, у жертв стихийных бедствий, во время которых погибли их родственники. Характерны периодически возникающие приступы физического (спазмы в горле, удушье, учащенное дыхание, снижение мышечного тонуса и др.) и субъективного страдания (чувство напряжения, душевная боль). Возможны легкие изменения сознания – появление чувства нереальности, чувство отгороженности от окружающих. Сосредоточенная поглощенность образом умершего. Возможны чувство вины в происшедшем, утрата теплоты в отношениях с другими людьми, появление враждебности к ним, особенно по отношению к лечившим умершего родственника врачам. Возможны отсроченные и искаженные реакции, например, нахождение у себя признаков заболевания, от которого умер близкий человек,

симптомы психосоматической патологии, утрата социальной активности. При максимальной выраженности клиники острого горя она оформляется в картину ажитированной депрессии с напряжением, возбуждением, бессонницей, чувством собственной малоценности, идеями виновности и потребностью в наказании.

**С. острый полиморфный.** Характерен для дебютов подростковой шизофрении. В силу остроты начала и течения выраженные диссоциативные расстройства препятствуют формированию системного психопатологического симптомообразования с явным преобладанием бреда и галлюцинаций или аффективных, или кататоно-гебефренических синдромов, С.о.п. включает в беспорядочном смешении отдельные симптомы всех этих расстройств. Возможны явления психического автоматизма, псевдогаллюцинации. Бред несистематизированный. Явления деперсонализации и дереализации. Онейроидные включения. По А.Е. Личко [1989], наблюдается при шизофрении у подростков, в клинике инкогеррентных расстройств.

**С. отчуждения** [Levi-Valensy J., 1927]. Выделен при анализе явлений психического автоматизма, рассматриваемых в аспекте акцентуации чувства отчуждения. Вариант автоматизма: осознаваемый автома-

тизм без осознания патологической его природы. Различают три группы симптомов: 1) чувство отчуждения; 2) прямые симптомы – отчуждение внутренней речи, отчуждение экспрессивной речи, отчуждение мыслей, отчуждение аффектов, волевых проявлений и действий; 3) непрямые симптомы – «эхо мыслей», «ускользание мыслей».

**С. паники** *(англ. panic state)* [Klein D., 1964]. Состояния, характеризующиеся наличием аффективных приступов (не менее трех в течение трех недель), не обусловленных астенизирующими или психотравмирующими факторами и не носящими фобического характера. Основной симптом – чувство страха, сочетающееся с 4 из следующих 12, главным образом, вегетативных, признаков: диспноэ, сердцебиение, боли в груди, чувство удушья, головокружение, чувство нереальности, парестезии, прохождение горячих или холодных волн по телу, потливость, слабость, тремор, страх смерти или психического заболевания.

В американской классификации болезней DSM-III С.п. фигурирует в качестве отдельного заболевания, однако Т. Ташев [1989] описывает его в рамках невроза навязчивых состояний и депрессий.

**С. параноический.** Систематизированный бред, сочетающийся обычно с бредовыми формами поведения и аффективными расстройствами. Возникает

психогенно, по механизмам развития.

**С. паранойяльный.** Систематизированный бред, обычно сочетающийся с бредовыми формами поведения и аффективными (субдепрессивными или гипоманиакальными) расстройствами. Наблюдается при эндогенных психозах (шизофрения, инволюционная паранойя).

**С. пароксизмальной гипотермии** [Polzien R., 1962]. Приступообразно возникающие состояния, характеризующиеся снижением температуры тела на 0,7-1,3 град. С. Больные при этом жалуются на ощущение жара, появление потливости, страха смерти. Обычно также отмечаются тахикардия, головокружение, тошнота, общая слабость, затруднение дыхания. Приступ длится от нескольких минут до нескольких часов и заканчивается ощущением холода в теле или ознобом, выраженной астенизацией. Наблюдается при неврозах.

**С. переходные.** См. *Переходные синдромы.*

**С. пизанской башни** [Ekbom K.A., Lindholm A., Ljungberg L., 1972]. Дистонический синдром, постепенно развивающийся при длительном лечении нейролептиками у взрослых и пожилых людей и характеризующийся наклоном, односторонним изгибанием верхней части грудной клетки, шеи и головы. Субъективно больные испытывают боль в спине, чувство

беспокойства, вялость, бессонницу, жалуются на общую слабость, плохое самочувствие. Иногда при этом отмечаются и симптомы поздних дискинезий – гримасничанье, атетоидные движения в конечностях.

**С. поворота на 180 град** [Exner S., 1914]. Симптомокомплекс, в основе которого лежат расстройства восприятия пространства и пространственных соотношений. Дезориентировка характеризуется нарушением пространственных связей, создающим у больного впечатление поворота всех окружающих его предметов на 180 град. – все они кажутся расположенными в противоположной стороне. Чаще всего возникает пароксизмально, болезненные состояния длятся от нескольких часов до нескольких дней. Наблюдается при органических поражениях головного мозга лобной локализации, в этих случаях также наблюдается атаксия, анизокория, адиадохокинез. Описаны случаи синдрома поворота на 180 град. и при теменной локализации поражения [Гордова Т.Н., 1940], сочетающегося с расстройствами схемы тела, оптической агнозией и элементами афазии. Эти случаи протекают при изменении сознания по типу особых состояний. Такого рода нарушения восприятия пространства наблюдались также в просоночных состояниях [Pick A.].

**С. повторяемости восприятий и сенестопатий** [Боголепов Н.К., Аристова Р.А., 1968]. Одна из форм

пароксизмальных психопатологических проявлений в связи с недостаточностью почек. Возникает на фоне азотемической интоксикации и гиперкалиемии. Характеризуется наличием повторяющихся восприятий, сочетающихся со своеобразными сенестопатиями. Повторяемые восприятия относятся к собственному телу. Близок к описанным при других интоксикациях симптомам (ср.: эхомнезия, симптом повторяемости переживаний, симптом субъективной повторяемости собственных психических процессов, симптом редупликации галлюцинаторных переживаний).

**С. пограничный** *(англ. borderline syndrom).* Понятие, используемое в психиатрии ряда стран и близкое нашим представлениям о пограничных состояниях. Введено в 1925 г. S. Freud и первоначально трактовалось в психоаналитическом плане. По O. Kernberg [1967], о С.п. можно говорить при наличии в клинической картине двух из трех групп симптомов – невротических, психопатических и психотических. Т. Ташев [1989] к признакам С.п. относит диффузный хронический («свободно плавающий») страх, множественные фобии, навязчивость в более широком смысле, конверсионные симптомы, диссоциативные реакции, симптомы депрессии, полиморфно-перверсную сексуальность и эпизодическую потерю контроля над импульсивной деятельностью. Характерный признак

С.п. – полиморфность клинической картины и ее изменчивость («стабильная нестабильность» симптомов).

Син.: панневроз [Hoch P., Polatin P., 1949], минипсихозы [Pfeifer E., 1974].

**С. похмелья** [Жислин С.Г., 1929]. Типичен для хронического алкоголизма и рассматривается как следствие абстиненции. На исходе опьянения отмечается общая слабость, недомогание, резкое ухудшение настроения, тревожность, подозрительность, головная боль, тошнота, рвота, тремор тела, тахикардия, потливость, бессонница, кошмарные сновидения, иногда – гипнагогические галлюцинации. Эти явления устраняются или смягчаются после принятия алкоголя. С.п. – признак сформировавшегося алкоголизма.

Син.: синдром абстинентный алкогольный.

**С. правого полушария.** См. *Бабенковой синдром правого полушария.*

**С. премоторной коры** [Fulton I.F., 1935]. Комплекс наблюдающихся при поражении премоторной зоны симптомов: 1) неловкость движений конечности, проявляющаяся, главным образом, в более специализированных движениях пальцев; 2) рано наступающая спастичность и повышение сухожильных рефлексов; 3) насильственное схватывание, «хватательный рефлекс»; 4) сосудистые, вегетативные расстройства в

пораженных частях тела.

**С. пресуицидальный.** См. *Рингеля пресуицидальный синдром.*

**С. прикрытия** (Станкушев Т., 1989]. Одно из клинических проявлений начального алкоголизма, когда на смену браваде, стремлению преувеличить в своих оассказах дозы выпитых спиртных напитков, приходит тенденция скрыть свое пристрастие к алкоголю, преуменьшить частоту и выраженность алкогольных эксцессов. «Открытое» пьянство сменяется «скрытым». С.п. свидетельствует о наступающей у больного зависимости от алкоголя, о возникновении у него проблем, связанных со злоупотреблением спиртными напитками, которые он сознает, но уже не в состоянии по собственной воле урегулировать. Появляется тревога, чувство вины.

**С. проклятья Ундины.** Расстройства внешнего дыхания в связи с первичной недостаточностью дыхательного центра, без какого-либо участия периферических факторов. Название предложено J.W. Seweringhaus и R.A. Mitchel [1962]. Основные признаки: появление периодического дыхания во сне, сонливость днем, головная боль, полицитемия, легочная гипертензия (иногда картина легочного сердца). Сонливость напоминает таковую при пиквикском синдроме. Причина – появление или усиление во сне ги-

перкапнии, уменьшение чувствительности дыхательного центра к углекислому газу, гипоксия. Наблюдается при органических поражениях головного мозга бульбарной или гипоталамической локализации (опухоли, нейроинфекции). *Ундина (* Ондина) – в германской мифологии легендарное существо, обитающее в реках и озерах, водяная нимфа, русалка. Обманутая мужем, она проклятьем лишила его автоматизированных функций, а том числе и дыхания. Он должен был постоянно помнить о необходимости дышать, а поскольку во сне это невозможно, он, заснув, умирает.

Син.: синдром первичной альвеолярной (центральной) гиповентиляции.

**С. псевдоневрастенический** *(псевдо***+** *неврастения)* [Shaslin P.H., 1891]. Устар. название неврозоподобных состояний с преобладанием в клинике астении, наблюдающихся при органических поражениях головного мозга, после выхода из психотического состояния, при тяжелых соматических заболеваниях.

**С. псевдопаралитический.** См. *Псевдопаралич.*

**С. психической инактивации** [Grunberger J., Zapotocky H.G., 1970). Описан у длительно болеющих туберкулезом легких и характеризуется личностными изменениями (склонность к колебаниям настроения, депрессии, аутизации). В его возникновении играют роль такие причинные факторы, как недостаточность

внешних раздражителей в связи с длительной госпитализацией, относительная психическая изоляция, практическое отсутствие обычных жизненных стимулов, аффективное уплощение в сочетании с повышенной раздражительностью, хроническое течение заболевания и недостаточность сведений о нем, чувство неопределенности и безнадежности в отношении будущего. Расценивается как результат госпитализации.

**С. психоанемический** [Emil-Weil P., Cahen R., 1928]. Психические нарушения при пернициозной анемии. В наиболее легких случаях – апатическая депрессия. В более тяжелых и чаще – делириозные состояния и корсаковский синдром. При улучшении соматического состояния психические расстройства исчезают, что свидетельствует об их обусловленности обменно-токсическими расстройствами, об отсутствии органических изменений в головном мозге.

**С. психовегетативный** [Thiele W., 1958]. Вариант соматизированных психических расстройств. Характерны разнообразные вегетативные расстройства – побледнение или гиперемия кожной поверхности, гипергидроз, тахикардия, повышение или понижение АД, алгические нарушения. Чаще наблюдается у женщин в возрасте 30-40 лет. При этом также предъявляются жалобы на головные боли, неприятные ощуще-

ния в области сердца, общую слабость, вялость, желудочно-кишечные расстройства, чувство страха, головокружения, сексуальные нарушения, пониженное настроение, затруднения дыхания. В этиопатогенезе придается роль генетическим, конституциональным, социальным, психогенным и соматическим факторам.

Син.: функциональный синдром [Vexhule Th., 1979], психосоматический синдром [Brautigam W., Chritian P., 1981], вегетативный психосиндром [Staehelin B., 1965].

Ср.: вегетодистония.

**С. психосенсорные** *(психо + лат. sensus* – ощущение, восприятие) [Гуревич М.О., 1936]. Результат нарушения сенсорного синтеза, приводящего к искажению сложных восприятий внешнего мира и собственного тела при сохранности ощущений, получаемых непосредственно органами чувств. К С.п. относятся нарушения восприятия схемы тела, формы предметов, пространства, связи во времени (последовательности явлений), изменчивости окружающего. Два основных С.п. – деперсонализации и дереализации. Развиваются обычно пароксизмально и наблюдаются при органических поражениях головного мозга (эпидемический энцефалит, эпилепсия, опухоли, арахноидит и др.). Локализация поражения – нижне-теменные и теменно-затылочные поля коры голов-

ного мозга, интерпариетальная борозда. С. деперсонализации и дереализации (см.) наблюдаются и в клинике эндогенных психозов – шизофрении, МДП.

**С. ПЭМА** [Guiraund P., 1935]. Наблюдается при болезни Пика и включает в себя палилалию, эхолалию, мутизм, амимию (в название синдрома включены начальные буквы основных симптомов). Диагностическая значимость синдрома подчеркивается G. Ajuriaguerra и H. Hecaen [1960].

**С. расстройств побуждений** [Gruhle H.W., 1929]. Проявление первичных нарушений активности при шизофрении, рассматриваемых как «основное расстройство». К расстройствам побуждений относятся бедность побуждений (вплоть до ступора или возбуждения), амбивалентность и шперрунги. Бедность побуждений расценивалась автором как симптом, не являющийся патогномоничным для шизофрении, а амбивалентность и шперрунги – как патогномоничные, не встречающиеся при других психических заболеваниях.

**С. расторможенностиI** [Welt L., 1887]. Наблюдается при органических поражениях головного мозга с локализацией в орбитальной поверхности лобных долей (абсцессы, опухоли, кровоизлияния, размягчения, начальная стадия болезни Пика) и характеризуется изменениями характера и поведения, эйфорией,

дурашливостью, совершением аморальных и нелепых поступков. Эйфория возникает на фоне общего огрубения и упрощения всей эмоциональной сферы с потерей тонких эмоций и расторможением низших влечений [Доброхотова Т.А., 1974]. Снижаются способность к критической оценке, самооценка, отсутствует стремление к компенсации психического дефекта, иногда отмечаются явления грубой анозогнозии, например, игнорирование больным наличия у него грубого снижения зрения. Утрачивается чувство такта и этических норм.

Син.: эйфорическое слабоумие, мория.

**С. расторможенностиII** [Малкин П.Ф., 1959]. Возникающее на фоне относительно ясного сознания состояние резкого беспорядочного психомоторного возбуждения с изменением сферы инстинктов (булимия, агрипния), с нелепым поведением и отсутствием критического отношения к своему состоянию вплоть до анозогнозии. Причина – диффузные нерезко выраженные органические изменения головного мозга различной этиологии. Иногда расторможенность выявляется при апатико-абулических состояниях. При периодическом течении психоза синдром расторможенности является иногда основным в клинической картине, и его регресс означает выздоровление.

**С. регресса психики.** Форма истерического психо-

за. Характеризуется распадом психических функций на фоне истерически измененного сознания и поведения, воспроизводящего поведение дикого животного. Развивается либо остро после тяжелой психогении, либо постепенно, являясь одной из завершающих стадий реактивного психоза. Наблюдается истерическое перевоплощение. Возможен глубокий распад приобретенных навыков. Наблюдается редко.

Син.: С. «одичания».

**С. резидуальной апатии** [Ch. Mundt, 1982, 1985]. Исходное состояние при шизофрении. В сроках его формирования и в степени выраженности играет роль не столько нозологический фактор, сколько особенности преморбидной личностной структуры – преморбидная «адинамия» [Ch. Mundt, 1982] или шизоидность, обусловливающая более неблагоприятный исход заболевания, чем у синтонных личностей [G. Huber, 1979, 1988].

**С. ретенционный** [Gjessing K., 1938, 1953, 1961]Комплекс изменений азотистого обмена, наблюдающихся у больных периодической кататонией, редкой формы шизофрении. Установлено известное соответствие между возникновением состояний кататонического ступора или возбуждения и накоплением или повышенным выведением из организма азотистых шлаков. При этом наряду с базисными сдвигам

белкового и других видов обмена отмечаются и эндокринные нарушения – дисфункции щитовидной и надпочечных желез, повышение основного обмена, увеличение адренергической активности. Возможно и отсутствие полного хронологического соответствия между биологическими нарушениями и психическим состоянием больного, такая асинхронно-асинтонная форма периодической кататонии отличается более неблагоприятным течением и прогнозом.

**С. сенестопатоза** [Эглитис И.Р., 1977]. Клиническая картина характеризуется исключительно сенестопатиями (см. *Сенестопатии).* Обычно это этап, чаще начальный, болезненного процесса. В дальнейшем, если не наступило улучшение, присоединяются другие психопатологические проявления – ипохондрические, депрессивные. На стадии сенестопатоза нозологическая диагностика крайне затруднена.

**С. сердитой женщины** [Rickels N.K., 1971]. Личностные изменения, характеризующиеся чрезмерно придирчивым отношением к другим, навязчивой аккуратностью, педантичностью, с требованием того же от окружающих. Эти люди недостаточно приспособлены к семейной жизни, склонны к эпизодическому употреблению алкоголя и токсикоманическим эксцессам. Периодически отмечаются вспышки беспричинного гнева, серьезные суицидальные попытки.

**С. скованности.** Экстрапирамидная ригидность в сочетании с брадипсихизмом. Наблюдается при паркинсонизме.

**С. слабоумия прогрессирующего** [Homen E.A., 1890]. Наблюдается при органических заболеваниях большого мозга, связанных с поражением чечевицеобразного ядра. В начале заболевания нарушения мышления и расстройства походки, затем мышечное оцепенение. Смерть наступает при глубочайшем слабоумии.

**С. Тантала–Полифема** [Бояджиева М., Ачкова М., 1979]. Наблюдается при психической анорексии и проявляется двухфазной симптоматикой. В первой фазе больные начинают ограничивать прием пищи, голодают с целью похудания, приобретения элегантности, уменьшают не только количество пищи, но и стремятся сделать ее малокалорийной; во второй фазе проявляется обжорство, поедание больших количеств пищи, но при этом больные прибегают к приему слабительных, клизмам. Т. Ташев [1989] рассматривает этот синдром как проявление навязчивых состояний и пишет о наблюдавшихся им случаях, когда заболевание непосредственно выявлялось второй фазой, без предварительного периода ограниченного пищевого режима.

*Тантал* и *Полифем* – персонажи древнегреческой

мифологии, первый был осужден на голод и жажду, второй был известен как ненасытный лакомка, гурман.

**С. токсический.** Психопатологические симптомокомплексы при интоксикационных психозах.

**С. тревожно-параноидный.** Характеризуется сочетанием тревоги с персекуторным бредом (отношения, преследования, отравления). При этом отмечаются явления ажитации, вербальные галлюцинации, иллюзии. Наблюдается при шизофрении и экзогенно-органических психозах.

**С. «третьего»** [Калинина Н.П., 1968]. Понятие, объединяющее все разновидности патологической ревности, акцентирующее образ «третьего» как угрозу целостному союзу двоих. Автором выделены четыре характеристики «третьего», коррелирующие с различными эмоционально-волевыми проявлениями и с типичными психопатологическими структурами. Так, к синдрому «действительно третьего» относятся ревность-аффект, ревность-страсть, дистимические реакции ревности и реактивная депрессия с идеями ревности, к синдрому «возможного третьего» – доминирующие, навязчивые и сверхценные идеи ревности, к синдрому «воображаемого третьего» – бредоподобные фантазии ревности, к синдрому «мнимого третьего – параноические и параноидные идеи рев-

ности.

**С. Ундины ложный** [Остроглазов В.К., 1988]. Ср.: С. проклятья Ундины. Одна из форм дыхательных функциональных расстройств при соматизированной психической патологии. Проявление танатофобии, из-за которой больные боятся уснуть, чтобы не умереть от остановки дыхания. Резкие обострения такого состояния имитируют припадки бронхиальной астмы, однако, в отличие от последних, одышка при С.У.л. носит не экспираторный, а инспираторный характер, и не сопровождается объективными признаками дыхательной недостаточности, цианозом, вынужденной астматической позой и явлениями эмфиземы легких. Характерен панический страх, больные стремятся получить доступ к свежему воздуху, в их поведении видны элементы демонстративности.

**С. утренней рвоты.** Наблюдается у больных алкоголизмом и обусловлен наличием алкогольного гастрита. Проявляется рвотой натощак слизью.

**С. шизофреноподобный.** Обозначение психопатологических расстройств, напоминающих шизофрению, но возникающих при других психозах.

**С. зксцитомоторный** (*лат. excieo* – возбуждаю, подстрекаю, *motio* – движение) [Marie P., Levy G., 1920]. Синдром психомоторного возбуждения экстрапирамидного генеза, описанный первоначально во

время эпидемии энцефалита Экономо. Понятие разработано J. Delay и P. Deniker [1957] для обозначения сходного по клиническим проявлениям симптомокомплекса экстрапирамидных нарушений, возникающих при лечении нейролептиками. Включает в себя: 1) шейно-язычно-жевательный синдром (дискинезии соответствующих мышц); 2) глазной синдром (глазодвигательные кризы); 3) хореоатетозный синдром; 4) тонические расстройства и истероидные проявления; 5) брадикинезию; 6) истериформные кризы; 7) психические расстройства (повышенная внушаемость, страх); 8) каталептические состояния; 9) другие симптомы – диффузную гиперрефлексию, головную боль, потливость, тахикардию, гипертензию, преходящую гипертермию, астению.

Ср.: криз эксцитомоторный.

**С. эпилептиформный.** Пароксизмально протекающие судорожные и бессудорожные психические расстройства, возникающие при органических поражениях головного мозга и по своим внешним проявлениям сходные, малоотличимые от пароксизмов эпилептического генеза.

**Синдромы нейропсихологические.** Симптомокомплексы нарушений высших психических функций вследствие локальных поражений головного мозга. Включают в себя первичные, связанные с непосред-

ственным поражением данной мозговой структуры, и вторичные, обусловленные выпадением обусловленного локализацией поражения звена функциональной системы, нарушения. Например, при поражении височных отделов коры доминантного полушария страдает речевой слух, то есть звуковой анализ и синтез речи (первичный дефект) и, в связи с этим, нарушается понимание устной речи, письма, чтения и т.д. (вторичный дефект). Комплекс первичных и вторичных симптомов составляет С.н. Систематика С.н. и методы их диагностики разработаны А.Р. Лурия [1962, 1963, 1969, 1979] и его сотрудниками.

**Синдромы патопсихологические** [Кудрявцев И.А., 1982; Блейхер В.М., Крук И.В., 1986]. Совокупность компонентов структуры психической деятельности, ее звеньев и факторов, обнаруживаемых в патопсихологическом эксперименте, анализ которых позволяет уточнить сущность наблюдаемой в клинике симптоматики психического заболевания. Наиболее типичны следующие С.п.: шизофренический, аффективно-эндогенный, олигофренический, экзогенно-органический, эндогенно-органический, личностно-аномальный, психогенно-психотический, психогенно-невротический.

**Синестезия** *(греч. syn* – с, совместно, *aisthesis* – чувство, ощущение). Возникновение ощущений в ор-

гане чувств при раздражении другого анализатора. Качества ощущений одного вида переносятся на другой [Лурия А.Р., 1975]. Встречаются в норме («цветной слух») и в психической патологии, например, синестетические функциональные и рефлекторные галлюцинации.

Син.: соощущения.

**Синистроз** *(фр. sinistre* – пострадавший от несчастного случая) [Brissaud E., 1909]. Синдром психических расстройств, реактивно возникающих у лиц, пострадавших в связи с несчастным случаем или катастрофой. Термин употребляется преимущественно во французской психиатрической литературе [Porot A., 1975] и соответствует введенному немецкими психиатрами понятию травматического невроза. Характерны отказ больных удовлетвориться предложенной им компенсацией и требование ими максимального вознаграждения, как одноразового, так и пенсионного, что сближает понятие синистроза с так называемыми рентными неврозами. Больные преувеличивают степень выраженности имеющихся у них, главным образом функциональных, расстройств, пытаются убедить окружающих в своей нетрудоспособности, проявляют мстительность по отношению к виновникам случившегося, требуют их сурового наказания. В патогенезе синдрома С. придается значение явлени-

ям самовнушения и фактору небезразличного отношения со стороны окружающих. Подчеркивается значение ятрогенных моментов (неосторожные замечания медицинских работников, ознакомление больного с неправильно им понимаемыми данными лабораторных исследований). Тенденция к фиксированности психопатологической симптоматики, к протрагированному течению. Не является симуляцией.

**Синкинезия** *(син + kinesis* – движение). Рефлекторные содружественные движения какой-либо части тела, чаще всего – конечности, при произвольном движении другой части тела. Чаще всего синкинетические движения отмечаются в парализованных или паретических (по центральному типу) конечностях.

**Синкопе** *(греч. sinkope* – обморок). См. *Обморок.*

**Синопсия** *(син + греч. opsis* – зрение). Проявление синестезии. Возникновение зрительных цветовых ощущений при прослушивании музыки.

**Синпсихалгия** *(син + греч. psyche* – душа, *algos* – боль). Возникновение болевого приступа под влиянием эмоций, возникающих при наблюдении причиняющих боль процедур и исследований.

**Синтимия** *(син + греч. thymos* – чувство). Форма эмоциональной реактивности, присущая психически здоровым. Эмоции созвучны, соразмерны и соответствуют реальной действительности и настоящий пе-

риод. С. – идеальная эмоциональная реактивность.

**Система (организма).** Совокупность органов и тканей, взаимосвязанных анатомически и функционально, отличающихся структурной общностью и эмбриогенетически.

**С. афферентная.** Часть нервной системы, преобразующая энергию поступающих раздражений в нервные импульсы, поступающие в ЦНС.

**С. вестибуломозжечковая.** Охватывает вестибулярные ядра ствола головного мозга, вестибулярный отдел мозжечка и их проводящие пути. Регулирует положение тела и его частей в пространстве, сохранение равновесия тела, координацию движений.

**С. лимбическая.** Включает участки коры головного мозга, расположенные на медиальной поверхности полушарий, связанные с ними проводящими путями базальные ядра, часть ядер гипоталамуса, гипоталамус, поводок. Выполняет функцию регулятора сна и бодрствования, эмоций, мотиваций и других наиболее общих состояний и реакций организма.

**С. нервная.** Включает в себя нервные клетки (нейроны) и вспомогательные элементы. Осуществляет регуляцию и координацию всех органов и систем организма в их адаптации к условиям внешней среды.

**С. нервная вегетативная.** Иннервирует внутренние органы, гладкие мышцы, железы, кровеносные

и лимфатические сосуды, осуществляет адаптационно-трофическую функцию. Разделяется на симпатическую и парасимпатическую части.

Син.: С. нервная автономная.

**С. нервная трофотропная.** Отдел С. нервной вегетативной, осуществляет функции регуляции анаболизма и поддержания гомеостаза в периоды отдыха.

**С. нервная центральная.** Включает головной и спинной мозг.

**С. нервная эрготропная.** Регулирует катаболизм, осуществляет обеспечение приспособления к изменению условий окружающей среды, физическую и психическую деятельность. Как и С. нервная трофотропная, не связана с определенной структурной основой.

**С. пирамидная.** Включает проводящие пути, идущие от коры прецентральных извилин к двигательным ядрам и передним рогам спинного мозга (пирамидные пути). Участвует в организации произвольных движений.

**С. сенсорная.** Включает С. афферентную и органы чувств.

**С. стриопаллидарная.** Часть экстрапирамидной (ядра полосатого тела и их проводящие, афферентные и эфферентные, пути).

**С. экстрапирамидная** Включает проекционные

эфферентные пути от коры головного мозга, ядра полосатого тела, некоторые ядра ствола, мозжечок. Руководит координацией движений, осуществляет регуляцию мышечного тонуса.

**С. эфферентная.** Осуществляет передачу нервных импульсов из ЦНС к исполнительным органам (мышцам, железам и др.).

**Системы сигнальные.** Понятие, введенное И.П. Павловым при разработке принципа системности в работе коры полушарий головного мозга. Первая сигнальная система базируется на условно-рефлекторных связях, формирующихся в головном мозге при воздействии непосредственных конкретных раздражителей (световых, звуковых и т.д.). В отличие от нее, специфическим раздражителем второй сигнальной системы является слово – сигнал сигналов. Обе сигнальные системы работают в постоянном взаимодействии, взаимосвязи. В их разобщенности И.П. Павлов видел причину многих патологических состояний. Соотношениями сигнальных систем, по И.П. Павлову, определяются человеческие типы высшей нервной деятельности: преобладание первой характерно для художественного типа, второй – для мыслительного типа, их гармоническое взаимодействие – для среднего типа.

**Ситиомания.** См. *Ситомания.*

**Ситиофобия.** См. *Ситофобия.*

**Ситомания** *(греч. sitos* – пища + *мания).* Значительно повышенное влечение к еде, осознаваемое как болезненное проявление.

Син.: ситиомания.

**Ситофобия** *(сито + фобия).* 1. Навязчивый страх, боязнь приема пищи; фобический симптом; 2. Боязнь приема пищи при заболеваниях пищевого аппарата – пищевода, желудка, кишечника; 3. Отказ от приема пищи по бредовым мотивам, при сохранном аппетите; наблюдается при психозах, психической анорексии.

Син.: ситиофобия.

**Сифилофобия** *(сифилис + фобия).* Навязчивый страх, боязнь заразиться сифилисом.

**Скабиофобия** *(греч. skabies* – чесотка + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь заболеть чесоткой. См. *Акариофобия.*

**Скатофагия** *(греч. skor, skatos* – кал, *phagein* – есть). См. *Копрофагия.*

**Скатофилия** *(скато + греч. philia* – любовь, влечение). Патологическое влечение к манипулированию каловыми массами.

Син.: копрофилия, копромания.

**Скачка идей** *(лат., греч. fuga idearum).* Резкое ускорение мыслительной деятельности с нарушением ее логического строя, последовательности. Нахо-

дит отражение в речи. Речевая продукция носит характер цепочек ассоциаций, возникающих непоследовательно и непрочных в силу повышенной отвлекаемости. Сами ассоциации носят характер поверхностных – по созвучию, по смежности. Целенаправленность мышления неустойчива. Наблюдается при маниакальной фазе МДП, маниоформных состояниях при шизофрении.

**Скиртоидия** *(греч. skirtao* – подражать, танцевать, –*ides* – подобный) [Brzezicki E.]. Форма психопатии, характеризующаяся чертами театральности в поведении, легкомыслием, лихостью, склонностью к минутным увлечениям, своеволием, и, в то же время, в трудных жизненных ситуациях – выдержкой и твердостью духа.

Эти же признаки, не достигающие значительной выраженности, встречаются в рамках нормы, и носителей их автор называет скиртотимиками (ср. с концепциями E. Kretschmer и K. Leonhard). Понятие С. в известной мере аналогично понятию истероидной психопатии.

**Склероз** *(греч. sklerosis* – затвердение, уплотнение). Уплотнение органа в связи с заменой погибших структурных элементов соединительной (обычно фиброзной) тканью или гомогенной гиалиноподобной массой.

**Склероз боковой амиотрофический.** См. *Шарко–Кожевникова болезнь.*

**Склероз ламинарный корковый.** См. *Мореля болезнь.*

**Склероз лобарный.** Атрофия и сморщивание одного из полушарий головного мозга или отдельных его участков. Развивается, главным образом, в детском возрасте вследствие воспалительного процесса (нейроинфекции), сосудистых или наследственных дистрофических процессов. Симптоматика определяется локализацией поражения и компенсаторными возможностями головного мозга.

**Склероз нервной системы диффузный.** См. *Шильдера болезнь.*

**Склероз рассеянный.** Хроническое заболевание головного и спинного мозга неясной этиологии. Морфологически – очаговые микронекрозы, демиелинизация, последующий склероз (образование «бляшек» из глиофиброзной ткани), повреждение осевых цилиндров нейронов. Начало в 20-40 лет, внезапное – повышенная утомляемость, парезы, боли, парестезии, нарушения координации. Остро наступает снижение зрения. Неврозоподобная симптоматика. Нарастающие паретические проявления, нарушения походки, расстройства чувствительности. Скандированная речь. В некоторых случаях – прогрессирующее слабо-

умие. Различают формы церебральную, спинальную и цереброспинальную. Течение в первые годы с ремиссиями.

Син.: множественный склероз, полисклероз, болезнь Шарко–Вюльпана.

**Склероз сосудов головного мозга.** См. *Атеросклероз сосудов головного мозга.*

**Склероз туберозный головного мозга** [Bournevill D.-M., 1880] Доминантно-наследственное заболевание. Начинается чаще всего в молодости эпилептиформными припадками. Характерны прогрессирующее слабоумие, спастические параличи, врожденные опухоли сетчатки с атрофией зрительного нерва, застойным диском и явлениями хориоидита, опухоли внутренних органов (почек, сердечной мышцы), часто – аденомы сальных желез. Проявление системной патологии эктодермы. Течение прогрессирующее, неблагоприятное.

Психопатологически – сочетание интеллектуального дефекта с кататоническими шизофреноподобными симптомами [Kritchley, Earl, 1932; Zlotow M., Kleiner S., 1965].

Син.: нейрокожный синдром, диффузный нейроспонгиобластоз, центральный ограниченный спонгиобластоз, синдром Бурневиля.

**Скопофилия** *(греч. skopeo* – рассматривать, *philia*

– любовь, влечение). См. *Вуайеризм.*

**Скопофобия** *(скопо + фобия).* Навязчивый страх, боязнь казаться смешным, привлекать к себе внимание.

Син.: скоптофобия.

**Скоптофобия** *(греч. skopto* – шутить, насмехаться + *фобия).* См. *Скопофобия.*

**Скотома психическая** *(греч. skotos* – слепота, темнота). Непризнание, отрицание больным каких-либо реальных переживаний, фактов, обычно связанных с психической травматизацией. Наблюдается при психогенных заболеваниях; своей фрагментарностью, локальностью, аффективной значимостью вытесненных переживаний, неосознаваемостью этих действий отличается от диссимуляции.

**Скотомизация памяти.** Выпадение каких-либо воспоминаний, связанных с психической травматизацией, аффективно насыщенных, значимых. В отличие от аффективной амнезии истерический преморбид не обязателен.

**Слабодушие.** Эмоциональная гиперестезия. Наблюдается при выраженных астенических состояниях, например, при постинфекционных астениях, при церебральном атеросклерозе.

Слабость гиперестетически-эмоциональная [Bonhoeffer K., 1910]. Астенический синдром, воз-

никающий после соматогенно обусловленного психоза или тяжелого соматического заболевания. Характерны ощущение слабости, повышенная утомляемость, раздражительность, ослабление памяти и внимания, эмоциональная лабильность, непереносимость к сильным внешним раздражителям. Больные жалуются на кошмарные сновидения, часто испытывают обманы чувств, плохо отличая их от реальных переживаний. Является переходным синдромом при острых экзогенного типа реакциях. Многими авторами употребляется в расширительном значении при характеристике соматогенных и иных астений.

**Слабоумие.** Стойкое, мало обратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятельности. Различают слабоумие врожденное, олигофрению (малоумие) и приобретенное, деменцию. В ряде случаев деменция наслаивается на врожденное слабоумие, например, при энцефалите у олигофрена.

**Слабоумие больничное.** Понятие, близкое госпитализму. Наблюдается при длительном содержании больного в психиатрическом стационаре и характеризуется сужением круга интересов, снижением уровня функционирования интеллекта, нарастанием отгороженности от окружающего мира, усилением дезадаптации, в некоторых случаях регрессом поведения.

**Слабоумие салонное** [Hoche A.e.]. Низкий интеллектуальный уровень, маскируемый внешне кажущейся хорошей, но построенной на шаблонах речью, усвоенными в процессе воспитания манерами, изысканной одеждой, известной социальной установкой и духовными претензиями. Проявляется главным образом в заученной фразеологии при скрытой недостаточности критики суждений. Понятие, близкое к выделяемой П.Б. Ганнушкиным [1933] группе конституционально-глупых.

**Слабоумие старческое.** Психическое заболевание старческого возраста. Развивается в связи с диффузной атрофией клеток коры головного мозга. При гистологическом исследовании обнаруживаются многочисленные сенильные бляшки. Начало заболевания в 70-80 лет – с характерологических изменений. Заболевание протекает с прогрессирующими изменениями памяти по типу общей прогрессирующей амнезии. Деменция носит глобарный характер. На заключительных этапах наблюдаются очаговые расстройства речи, гнозиса, праксиса (альцгеймеризация старческого слабоумия). Множественные экмнестические конфабуляции. Сдвиг ситуации в прошлое. В исходной стадии – психический и физический маразм.

Основные формы С.с.: 1) простая, наблюдается при неосложненном течении болезни (описание при-

ведено выше); 2) С.с. со спутанностью наблюдается при дополнительных экзогенных вредностях (син.: старческий делирий, острая пресбиофрения Вернике); 3) слабоумие с возбуждением (син.: хроническая пресбиофрения, конфабуляторная форма С.с., по В.А. Гиляровскому [1954]). Наблюдаются также психотические формы С.с., для которых характерны протекающие в течение 1-3 лет аффективные, паранояльные, галлюцинаторные, конфабуляторные психозы – после редукции психотической симптоматики выявляется специфическая картина глобарной сенильной деменции.

Син.: сенильная деменция.

**Слепоглухонемота.** Сочетание слепоты с глухонемотой. Возникает вследствие органического поражения головного мозга в раннем детстве или является результатом аномалии развития.

**Слепота вербальная.** См. *Алексия.*

**Слепота корковая.** Слепота вследствие поражения органическим патологическим процессом корковых зон, представляющих центральный отдел зрительного анализатора.

Син.: слепота центральная.

**Слепота музыкальная.** Вид амузии, утрата способности понимания нотных знаков.

**Слепота психогенная.** См. *Амблиопия истериче-*

*ская.*

**Слепота словесная.** см. *Алексия.*

**Словесная окрошка.** Крайняя степень речевой разорванности при шизофрении. Речь больного состоит из отдельных слов, не связанных между собой ни в смысловом, ни в грамматическом отношении. Необходимо отличать от бессвязности речи при некоторых формах помрачения сознания.

Син.: словесный салат.

**Словесный салат.** См. *Словесная окрошка.*

**Смесь питательная.** Пищевая смесь для искусственного кормления, состоит из молока, бульона, сливочного масла, сырых яиц, соли, фруктовых соков или витаминных препаратов. В нее при необходимости могут добавляться лекарственные средства.

**Смех сардонический** *(греч. sardonios* – язвительный, злобно-насмешливый). Наблюдается при столбняке и является следствием судорожного сокращения лицевых мышц. Характерна стойкая гримаса, образующаяся оттянутыми книзу и кзади углами рта. При этом появляются морщины и кожные складки, брови и крылья носа приподняты, челюсти сжаты.

**Смешанные состояния** [Hagen F.W., 1868; Kraepelin E., 1896]. Атипично и одновременно протекающие фазы циркулярного психоза, характеризующиеся смешением маниакальной и депрессив-

ной симптоматики. Различают маниакальный ступор (мания с заменой скачки идей заторможенностью мышления при заторможенной моторике), депрессию с возбуждением (повышенная деятельность при угнетении мыслительных процессов и пониженном настроении), непродуктивную манию (повышенное настроение с заторможенностью мышления вместо скачки идей), депрессию со скачкой идей, заторможенную манию (скачка идей и повышенное настроение при двигательной заторможенности). Отнесение некоторых из этих состояний к смешанным представляется дискуссионным, так, например, непродуктивная мания некоторыми исследователями рассматривается как сборная группа, большей частью выходящая за рамки циркулярного психоза [Лукомский И.И., 1964].

**Смирительная рубашка.** Специальная одежда, фиксирующая позу больного и лишающая его возможности совершать движения конечностями. Применялась для борьбы с возбуждением в XIX веке, в эпоху, предшествующую победе принципа нестеснения.

**Сна недержание** [Salton A., 1927]. Чрезмерная сонливость, особенно часто возникающая после еды. Наблюдается у стариков, при церебральном атеросклерозе.

Син.: поллакигипния *(греч. pollakis* – много раз,

*hypnos* – сон).

**Снежневского группы синдромов** [Снежневский А.В., 1960]. Выделены в соответствии с концепцией нозологической специфичности психопатологических синдромов и соответствуют определенным кругам психических заболеваний. Различаются следующие группы синдромов (расположены по степени нарастания нозологической специфичности): астенические, аффективные, невротические, параноидно-галлюцинаторные, кататонические, расстройств сознания, судорожные, психоорганические.

**Снежневского концепция нозологической специфичности психопатологических синдромов** [Снежневский А.В., 1960]. Учитывается статика и динамика синдромов, факторы стереотипа развития заболевания и перерастания в патокинезе «малых» синдромов в «большие» соответственно степени генерализации патологического процесса. Психопатологические синдромы соотносятся с кругом заболеваний, чем и обусловлена их меньшая или большая нозологическая специфичность.

**Снежневского концепция nosos и pathos** [Снежневский А.В., 1969]. Исходя из наследственной природы шизофрении, проблемы ее нозологического единства и поиски закономерностей полиморфизма изучаются за пределами нозологических границ. При этом

различаются понятия nosos и pathos. Nosos – это сам болезненный процесс, динамическое образование, pathos – патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или порок, отклонение развития. Таким образом, разделяются патогенетические механизмы и патогенетический процесс. Состояние больных обозначается как nosos, а их ближайших родственников как pathos. В клинической картине болезни обнаруживаются и проявления pathos. К ним относятся так называемая шизофреническая конституция, шизоидия, латентная шизофрения, резидуальная шизофрения. Единство nosos и pathos проявляется в формировании постпроцессуальных изменений, в случае детской шизофрении, при которой обнаруживаются явления вторичной олигофрении. Таким образом, nosos и pathos не тождественны, но и не могут быть абсолютно противопоставлены друг другу. Изучение в клинико-психопатологическом и генеалогическом аспектах нозологически самостоятельной болезни возможно при распознавании отклонений психической деятельности родственников пробанда, отклонений не только в форме болезни, но и психопатий, псевдопсихопатий, инициальных и постпроцессуальных состояний.

**Снижение уровня личности.** Сочетание снижения уровня психической активности и протекания интел-

лектуальной деятельности, утраты интересов, умеренно выраженного ослабления памяти, сглаживания индивидуальных особенностей личности (иногда, наоборот, заострение преморбидных черт характера). Характерна сохранность основных морально-этических качеств (ядра личности). Понятие, близкое лакунарной деменции. Отличается от распада личности. Может быть стадией развивающегося заболевания, например, церебрального атеросклероза, или наблюдаться как следствие перенесенного психоза.

**Сновидения.** Переживание во сне психических явлений – образов, событий, явлений, идей. Носят субъективный индивидуальный характер и в значительной мере являются отражением жизни в бодрственном состоянии, отражая основные ее аспекты в опосредованном, символическом виде. В большинстве случаев носят зрительный характер и связаны с фазами быстрого сна.

С. являются материалом для исследования неосознаваемых форм психической деятельности.

**С. внушенные.** С., вызванные внушением в состоянии гипноза.

**С. кошмарные** отличаются крайне неприятным, тягостным для спящего содержанием. Нередко наблюдаются в начале или при обострении психических заболеваний.

**С. приступа** [Ducostae, 1899]. Сновидения, сопровождающие ночные эпилептические припадки. Они специфичны и стереотипно повторяются. Ауре припадка соответствует аура сновидения, тонической фазе – ощущение неподвижности или страха, клонической – переживание борьбы, фазе расслабления мышц – переживание смерти. Характерно преобладание в сновидениях красного цвета, больной часто видит отдельные части тела, различные чудовища, химеры. Некоторыми исследователями такие сновидения рассматриваются как аура припадка.

Ср.: сноподобные состояния.

**С. сделанные.** Одно из проявлений синдрома Кандинского–Клерамбо. С. интерпретируется как результат воздействия извне.

**С. сизифовы.** С., играющие роль фрустрирующего фактора. Во сне разыгрываются ситуации, тягостные для субъекта и не получающие разрешения. Такие С. нередко отличаются повторностью и каждый раз в них отсутствует разрешающий момент. Сизиф, в греческой мифологии царь Коринфа, был за обман богов ими приговорен вечно вкатывать в подземном мире на гору камень, который, достигнув вершины, скатывается обратно (Сизифов труд).

**С. эротические** характеризуются переживанием сексуальных сцен и сопровождаются обычно поло-

вым возбуждением, оргазмом, поллюциями.

**Сновидения наяву.** См. *Фантазирование истерическое.*

**Сновидное изменение сознания.** См. *Онейроид.*

**Сноподобные состояния** [Jackson J.H., 1870]. Один из вариантов психосенсорного припадка, для которого характерны явления дереализации (ощущение тусклости, неясности, измененности, необычности окружающего), феномены «уже виденного» и «никогда не виденного», появление насильственных представлений и восприятий, иногда – искаженное восприятие форм и положения окружающих предметов и частей собственного тела. Могут быть зрительные галлюцинации.

Наблюдается в качестве ауры и эквивалентов припадков при височной эпилепсии.

**Снотворные средства.** Лекарственные вещества, применяемые для облегчения засыпания и продления сна (барбитураты, нозепам, феназепам, эуноктин, радедорм, реладорм, рогипнол).

**Снохождение.** См. *Сомнамбулизм.*

**Совокупление.** См. *Коитус.*

**Содомия** *(Содом* – библейский город у устья реки Иордан, жители которого погрязли в распутстве). См. *Зоофилия.*

**Сознание.** Высшая форма отражения человеком

окружающей действительности, представляет собой совокупность психических процессов, позволяющих носителю С. ориентироваться в действительности, времени и собственной личности. Обеспечивает преемственность опыта, единство и многообразие поведения, непрерывность и последовательность психической деятельности.

**Сознание активности «Я».** Осознание активного характера собственной личности, своей психической деятельности. Основа самосознания. Атрибут психики человека. Нарушается при некоторых психических расстройствах.

**Сознание альтернирующее** *(лат. alternatio* – чередование). Нарушение сознания, при котором больной поочередно осознает себя то одной, то другой личностью, и, будучи в одном состоянии, ничего не помнит о другом. Наблюдается, главным образом, при истерических психозах. См. *Двойственность психики.*

**Сознание бредовое.** См. *Бредовое осознание.*

**Сознание сверхбодрствующее.** Проявляется облегченным потоком ассоциаций, яркими и образными представлениями, повышенной активностью и мыслительной деятельностью при незначительной их продуктивности. Характерны также повышенная откликаемость, новизна восприятия повседневных пе-

реживаний, переживание необычности своего состояния, скорость принятия решений, впечатление большой легкости постижения смысла событий и явлений. Некоторыми своими проявлениями напоминает ментизм. Наблюдается в гипомании, состояниях экстаза, при острых дебютах шизофрении (и этих случаях переходит в ментизм), после приема больших доз стимуляторов и галлюциногенов, а также вследствие парадоксального эффекта на прием препаратов, обладающих обычно седативным действием (пипольфена, димедрола).

**Сознание суженное.** Наблюдается при истерических психозах. Характерно острое начало в связи с психогенией. Сужение сознания происходит, главным образом, за счет его объема. Сохраняются и доминируют в сознании аффективно значимые связи, нередко реакция больного на слова и поступки окружающих проявляется в своеобразной негативной форме. Как правило, отсутствуют изменения на ЭЭГ, наблюдающиеся при сумеречных состояниях органического генеза.

Син.: С. сумеречное функциональное, С. аффективно-суженное, истерическое сумеречное состояние.

**Солитаризм старческий** *(лат. solitarius* – склонность к одиночеству). Замкнутость, уединение, утра-

та социальных контактов у лиц старческого возраста. См. *Диогена синдром, Клаустрация.*

**Солнечный удар.** Разновидность теплового удара (см.), возникающего в связи с сильным и (или) длительным ультрафиолетовым солнечным облучением.

**Сома** *(греч. soma* – тело). 1. Тело, туловище. 2. Совокупность всех клеток организма, за исключением репродуктивных.

**Соматизация.** 1. Проявление патоморфоза некоторых психических заболеваний, вследствие которого соматовегетативный компонент болезни получает преобладание в клинической картине; 2. По терминологии представителей психосоматического направления – возникновение соматических заболеваний вследствие интрапсихических, психологических конфликтов.

**Соматогения** *(сома + греч. genes* – порождающий, вызывающий). 1. Вредные факторы соматического генеза, приводящие к развитию психопатологической симптоматики, например, астенических, астеноипохондрических и др. состояний. 2. Соматогенная реакция – психические расстройства соматогенного происхождения.

**Соматоневрозы** *(сома + невроз)* [Karp E., Stokvis B., 1953]. Неврозы, проявляющиеся соматической симптоматикой. Различают три формы – конверсион-

ная истерия, органоневрозы и психосоматические заболевания.

**Соматофрения** *(сома + греч. phren* – ум, разум). [Бехтерев В.М., 1928]. Психическое заболевание, клиническая картина которого характеризуется ипохондрическим синдромом и соматическими галлюцинациями. В объяснении патогенеза особое внимание уделялось патологии вегетативной нервной системы. Нозологическая самостоятельность соматофрении, представляющей одну из попыток выделения ипохондрических психозов (истинной ипохондрии), отвергается большинством современных исследователей.

**Сомнамбулизм** *(лат. somnus* – сон, *ambulo* – бродить). Разновидность сумеречного расстройства сознания, проявляющегося блужданием во сне при внешней упорядоченности поступков, действий *с* последующей амнезией. Чаще встречается в детском возрасте, нередко является одним из первых показателей заболевания эпилепсией и рассматривается как бессудорожные пароксизмы, однако в ряде случаев оказывается проявлением невротического состояния.

**Сомнения патологические** [Pick A., 1902; Ганнушкин П.Б., 1907]. Тяжелые тревожные сомнения нравственно-этического или ипохондрического содержания, лишенные реального основания и адекватности

трезвой вероятности беды, неприятности. Чаще всего наблюдаются при психастении, иногда при шизоидной и циклоидной психопатии, при шизофрении, протекающей с психастеноподобной симптоматикой.

**Сомнилоквия** *(сомни + лат. loquor* – говорить). Сноговорение. В детском возрасте часто сочетается со снохождением и должно рассматриваться в плане дифференциальной диагностики между эпилепсией и невротическими состояниями.

**Сомнолентность** *(лат. somnolentus* – сонливый). См. *Гиперсомния.*

**Сон.** Физиологическое состояние организма, чередующееся с бодрствованием и характеризующееся отсутствием сознательной психической деятельности, значительным снижением реакций на внешние раздражители.

**С. быстрый.** Одна из фаз физиологического С., характеризующаяся наличием на ЭЭГ быстрых низкоамплитудных колебаний, быстрыми движениями глазных яблок, понижением тонуса мышц лица и шеи и наличием сновидений. Составляет 20-25% продолжительности сна.

Син.: С. активированный, С. парадоксальный.

**С. гипнотический.** С., вызываемый гипнотическим воздействием, нередко переходит в физиологический.

Син.: С. парциальный.

**С. диссоциированный.** Наблюдается в процессе медикаментозного лечения сном, в течение суток прерывается периодами бодрствования.

**С. лечебный.** Метод лечения нервно-психических заболеваний длительным и прерывистым сном. Предложен J. Klaesi [1920] под названием «длительного наркоза» для лечения больных шизофренией. С этой целью первоначально применялся сомнифен. В дальнейшем в качестве снотворных использовались различные лекарственные смеси (барбитураты, алкалоиды, хлоралгидрат, нейролептики). Предлагались сочетания метода лечения сном с другими методами активной терапии шизофрении, в том числе и с инсулинокоматозной терапией. Было установлено, что прерывистый медикаментозный сон менее токсичен, чем длительный. Теоретическим обоснованием лечения сном явилась концепция И.П. Павлова об охранительном защитном торможении, за рубежом – представления о положительном влиянии сна на обменные процессы в нервной системе, трофотропии [Weidner K., 1956]. В настоящее время лечение сном в основном применяется в пограничной психиатрии, особенно при неврозах и неврозоподобных состояниях и циклотимических (в том числе латентных) депрессиях, протекающих с агрипническими рас-

стройствами. С целью избежать токсического воздействия медикаментозных средств прибегают к замене их специально подобранной электростимуляцией (см. *Гиляровского–Ливенцева–Сегаль–Кириловой метод электросна),* а также используют продление физиологического сна гипнотическими приемами.

**С. медленный.** Одна из фаз физиологического С. Характеризуется наличием на ЭЭГ медленных высокоамплитудных (дельта) волн и веретенообразных серий быстрых волн (сонные веретена). Составляет большую часть продолжительности сна.

Син.: С. ортодоксальный.

**С. наркотический.** См. *С. медикаментозный.*

**С. пролонгированный.** Достигается продлением С. физиологического назначением снотворных и седативных препаратов.

**С. терминальный.** Наступает по окончании некоторых психопатологических состояний, например, эпилептического припадка, алкогольного делирия или опьянения.

**Сон летаргический.** См. *Летаргия, Гиперсомния.*

**Сонди тест** [Szondi L., 1937]. Основан на эклектическом объединении принципов конституциональной биологии, генетики и психоанализа и исходит из возможности количественного перерастания конституционально-типологических особенностей личности

и характера поведения в психическое заболевание. Обследуемому показывают 48 фотографий людей (шесть серий по восемь карточек) с определенными психическими заболеваниями и отклонениями (гомосексуализм, садизм, истерия, кататоническая и параноидная шизофрения, эпилепсия, депрессия, мания) и предлагают в каждой серии выбрать две наиболее и две наименее ему импонирующие. В соответствии с произведенным выбором у обследуемого ищут признаки той или иной психической патологии. Наличие в выбранных больным фотографиях четырех или более портретов одной категории рассматривается как достоверный признак, свидетельствующий в пользу определенного заболевания. С.т. методологически не адаптирован в отечественной медицинской психологии, однако принцип отбора портретов лиц с характерными эмоциональными состояниями разрабатывается у нас для определения аффективно-личностных особенностей у обследуемого.

**Сонливость.** Потребность заснуть, может носить характер физиологической и патологической. Последняя относится к гиперсомнии. Проявляется снижением психической активности, ослаблением мышечного тонуса, явлениями брадипсихизма.

**Сопор** (*лат. sopor* – беспамятство). Расстройство сознания, глубокая стадия оглушения. Сохраняются

лишь реакции на сильные раздражители – болевое раздражение, громкий оклик. Не нарушены корнеальные и коньюнктивальные рефлексы. Мышечный тонус снижен, отсутствуют сухожильные, периостальные, кожные рефлексы. Нередко С. является стадией перехода оглушения в коматозное состояние.

Син.: сопорозное состояние, субкома.

**Сотоса синдром** [Sotos J.E., 1964]. Характеризуется сочетанием олигофрении и ожирения. Психически – нерезко выраженная и непрогрессирующая умственная отсталость, наличие агрессивных тенденций. Соматически – чрезвычайно быстрый рост в детстве, ожирение, акромегалия, гипертелоризм, антимонголоидный разрез глаз, выступающая вперед нижняя челюсть. Могут также наблюдаться долихоцефалия, большой череп, гиперемия и одутловатость лица, макроглоссия, сколиоз. На рентгенограмме – ускорение костного возраста. Повышенная склонность к простудным заболеваниям. Моторное недоразвитие, неловкие, неуклюжие движения. Этиология неизвестна, в патогенезе важное значение придают поражению гипоталамуса.

**Социотерапия** *(лат. socialis* – общественный + *терапия)* [Simon H., 1927]. Комплекс мероприятий, направленных на повышение социальной активности психически больных, предотвращение явлений гос-

питализма, разрушение патологической адаптации больного к неблагоприятной среде психиатрической больницы. Включает создание оптимальных условий для общения больных, их трудоустройство, трудовую терапию, групповую психотерапию. По P. Sivadon [1971], С. – это модификация искусственной социальной среды для адаптации психически больных к жизни.

**Спазм писчий.** Судорога мышц пальцев кисти с нарушением их синергизма и невозможностью писать, хотя другие достаточно дифференцированные действия больной руки осуществляются в прежнем объеме. Наблюдаются при неврозах, главным образом у лиц, профессионально занимающихся письмом.

Син.: графоспазм, судорога писчая.

**Спазмофилия** *(спазм + филия).* Заболевание детского возраста, наблюдается обычно от полугода до 3-4 лет. Связано с нарушением минерального (кальциевого) обмена при недостаточности функции паращитовидных желез. Приступы С. протекают с нарушением сознания, тоническими и клоническими судорогами, цианозом лица. Послеприпадочный сон отсутствует. Не наблюдаются характерные для детской эпилепсии психические изменения. Припадки учащаются осенью или зимой. С возрастом наступает выздоровление.

Этиологическая связь между С. и эпилепсией отрицается.

**Спектрофобия** *(лат. spectrum* – видение, представление + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь зеркал.

Син.: эйзоптрофобия *(греч. eisoptron* – зеркало).

**Спидофобия** *(СПИД* – синдром приобретенного иммунодефицита, *греч. phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь заразиться СПИДом. Наблюдается при неврозе навязчивых состояний, особенно у лиц с тревожно-мнительными чертами характера, и в дебюте шизофрении, чаще всего – неврозоподобной, ипохондрической.

**Спилбергера шкала** [Spielberger C.D., 1970]. Шкала реактивной и личностной тревожности, психологическая экспресс-методика. Состоит из двух подшкал – для измерения тревоги как состояния и личностной тревожности. Состояние тревоги измеряется набором утверждений, с помощью которых обследуемый определяет свое состояние на какой-то определенный момент. Подшкала личностной тревожности аналогична Тейлор шкале, и каждое из содержащихся в ней утверждений относительно устойчиво во времени. В нашей стране употребляется в модификации Ю.Л. Ханина [1976].

**Спинтеризм** *(греч. spinter* – искра). Фотопсии в ви-

де искр, светящихся точек, полос и т.п.

**Спонтанный** *(лат. spontaneus).* Самопроизвольный, возникающий без внешнего повода, например, С. начало болезни, С. ремиссия (без лечения).

**Спорадический** *(греч. sporadikos* – рассеянный, отдельный). Возникающий в виде одиночных случаев, не носящий массовый характер.

**Спутанность артериосклеротическая** [Stern F., 1930]. Психотические синдромы церебрально-сосудистого генеза. Характерны кратковременность, преимущественное возникновение в ночное время, склонность к многократной повторяемости, рудиментарный и атипичный характер. Патогенез их различен – иногда они возникают в связи с острым нарушением мозгового кровообращения, при инсультах или сосудистых кризах, иногда – в связи с экстрацеребральными сосудистыми факторами.

**Спутанность сознания.** Форма помрачения сознания, при которой сочетаются отдельные элементы различных его синдромов – делирия, аменции – при значительной выраженности амнестических расстройств. Типичны продуктивные психопатологические симптомы (бред, иллюзии, галлюцинации). Чаще наблюдается в пожилом и старческом возрасте. Различают С. галлюцинаторную (возникает на высоте развития вербального галлюциноза), кататониче-

скую (развивается при выраженном кататоническом возбуждении), конфабуляторную (наступает при конфабулезе, чаще всего при интоксикациях, инфекционных или сосудистых психозах), маниакальную (на высоте маниакального возбуждения), сосудистую (при острых сосудистых психозах или при обострениях, особенно в ночное время, хронически протекающей сосудистой патологии), старческую (особенно при сенильных делириях). С. эпилептическая протекает чаще с возбуждением и бредом и может наблюдаться в период припадка или во время статуса, генерализованного или фокального несудорожного. Возможна также послеприпадочная эпилептическая С.

**Стазобазофобия** *(греч. stasis* – стояние, *basis* – хождение + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь стояния и ходьбы.

**Старение.** Процесс возникновения и развития в органах и системах организма возрастных изменений, приводящих к нарушению его биологической и социальной адаптации. Проявлением такого рода приобретенной дезадаптации и является старость. Заключительный этап возрастной инволюции организма. Помимо С. физиологического, наступающего своевременно и протекающей с длительной сохранностью адаптации при проведении мероприятий лечебного и приспособительного характера, различают С. преж-

девременное, происходящее в более ранние, чем это характерно для данного контингента людей, сроки, и патологическое, при котором ускорение темпов развития старческих изменений вызвано теми или иными заболеваниями. К патологическому относится и С., протекающее с выраженными психопатологическими изменениями, расстройствами.

**Старость.** Заключительный период жизни индивидуума, характеризующийся выраженным снижением его адаптационных возможностей и наличием соответствующих морфологических изменений в органах и системах.

**Статус абсанса** (*лат. status* – состояние). Разновидность эпилептического статуса, при которой один абсанс следует за другим, а в интервалах между ними сознание не успевает восстанавливаться. В некоторых случаях – абсанс, растянувшийся на несколько часов или дней. Клинически С.а. проявляется разной длительности выраженным нарушением сознания, которое может привести к эпилептической фуге. На ЭЭГ чаще всего комплексы пик-волна или комплексы множественных пиков-волн.

**Статус эпилептический** [Calmeil, 1824]. Состояние, характеризующееся серией эпилептических припадков, протекающих с такой частотой и настолько короткими интервалами, что сознание между ними

не успевает восстановиться. Характерны гипертермия, возможно развитие гипертермической комы, которая, если не принимаются срочные меры, заканчивается летальным исходом. Различают столько видов С.э., сколько известно разновидностей эпилептических припадков: генерализованный судорожный С.э. (тоникоклонический, тонический, клонический, миоклонический); генерализованный несудорожный С.э. (см. *Статус абсанса);* односторонний С.э.; фокальный С.э. (соматомоторный, психомоторный).

Возникает чаще всего в связи с нарушениями режима, особенно диетического, при внезапной и необоснованной отмене противосудорожных препаратов.

Син.: эпилептическое состояние.

**Стационар** *(лат. stationarius* – стоящий, неподвижный). Структурное подразделение или форма лечебно-профилактических учреждений для оказания помощи больным в условиях их круглосуточного пребывания под постоянным наблюдением медицинских работников. В последнее время наряду с круглосуточными имеются дневные и ночные полустационары.

**Стеничность** *(греч. sthenos* – сила). Склад личности, характеризующийся высоким жизненным тонусом, значительной психической активностью, устойчивостью побуждений, высокой личностной самооценкой. Явление, противоположное астении, что не

исключает С. реакций у астеников в плане своеобразной пропорции темперамента.

**Стереоакузия** (*греч. stereos* – твердый, прочный, *akusis* – слух). Способность целостного восприятия звуков, поступающих из расположенных в разных местах или отличающихся по своим свойствам источников (звучание оркестра).

**Стереогноз** (*стерео + греч. gnosis* – восприятие). Способность восприятия, узнавания предметов наощупь. Страдает при органических поражениях головного мозга. См. *Астереогноз.*

**Стереотипия двигательная** (*стерео + греч. typos* – отпечаток, образец). Одно из проявлений психической инертности. Непроизвольное, многократное повторение однообразных, лишенных смысла и ничем не вызванных движений. Наблюдается при органических поражениях головного мозга (болезнь Пика, некоторые послеинсультные состояния), при кататонической шизофрении, сумеречном помрачении сознания, особенно у больных эпилепсией.

Син.: двигательные итерации, стереотипия моторная, аутоэхопраксия.

**Стереотипия речевая.** Одно из проявлений психической инертности, непроизвольное многократное повторение в экспрессивной речи отдельных малоизменяющихся или вовсе неизменных слов, оборотов,

фраз, часто бессмысленных и грамматически неправильно построенных. Наблюдается при органических заболеваниях головного мозга, особенно часто – при болезни Пика (стоячие обороты, симптом граммофонной пластинки).

**Стефенсона методика исследования личности Q-sort** [Stephenson W., 1953]. Личностная методика, используется в социальной психологии и патопсихологии. С помощью количественной оценки положительных и отрицательных ответов на специально подобранные утверждения определяется 6 основных тенденций поведения человека в реальной группе: зависимость – независимость, общительность – необщительность, стремление к борьбе – избегание борьбы.

**Стигмы дегенеративные** *(греч. stigma* – укол, клеймо, *лат. degenerare* – вырождаться). Врожденные отклонения от нормальной психической деятельности или от нормального анатомического строения. Различают С.д. психические (недоразвитие или извращения умственных или аффективно-волевых процессов, их дисгармоничность) и физические (ненормальность зубов, большие и неправильной формы мочки ушей и т.д.). Рассматриваются как признаки ядерной психопатии.

**Стигмы истерические.** Симптомы, указывающие

на склонность субъекта к истерическим формам реагирования (например, участки кожной анестезии, расположение которых противоречит возможности повреждения периферических нервов, часто – с изменчивой локализацией). К С.и. в более широком смысле относят наиболее частые симптомы истерии (расстройства зрения, слуха, чувствительности и др.).

**Стоквиса методика активной регуляции тонуса** [Stokvis B., 1959]. Психотерапевтическая методика, использующая явления релаксации, приводящие к ослаблению напряжения. У больного вырабатывается умение сосредотачиваться на мышечных группах, участвующих в действиях, связанных с положительными эмоциями, чтобы влиять на некоторые болезненные нарушения. Передозировка в выполнении упражнений может вызвать вместо расслабления напряжение.

**Стоуна слуховой проективный тест** [Stone D.R.M., 1935]. Психологическая методика, близкая к Мюррея–Морган тематическому апперцептивному тесту. В качестве стимульного материала используются грамзаписи, содержащие серии определенных звуков, прослушав которые, исследуемый должен построить свой рассказ. Предназначен для исследования слепых, а также для групповых исследований.

**Стоячие обороты.** Многократно повторяемые сло-

ва, обрывки фраз, короткие обороты, проявление речевой стереотипии. Наиболее типичны для болезни Пика, в течении которой претерпевают определенную динамику. Вначале используются с одними и теми же интонациями в рассказе (симптом граммофонной пластинки), затем все больше упрощаются, редуцируются и сводятся к стереотипному повторению слов, обрывков фраз. С.о. становятся все более бессмысленными, иногда слова в них парафатически настолько искажаются, что нельзя определить их первоначальные звучания и смысл.

**Страх.** Чувство внутренней напряженности, непосредственной опасности для жизни в ожидании угрожающих событий, действий. Сопровождается разнообразными вегетативными расстройствами. Может быть различно выражен – от неопределенного чувства неуверенности, опасности до ужаса. По K. Leonhard [1957], одна из фаз психоза счастья – страха.

**С. в голове** *(нем. Kopfangst).* Аффект страха в связи с неприятными ощущениями в голове (головными болями, чувством распираний или сжатия мозга, ощущением пустоты в голове, головокружениями). Часто С.в г. возникает при остром сенестопатозе при соответствующей локализации испытываемых больным ощущений.

**С. дневные** *(лат. pavor diurnus).* Страхи у маленьких детей, аналогичные ночным, но возникающие в дневное время, во время послеобеденного сна.

**С. навязчивый.** См. *Фобия.*

**С. ночные** *(лат. pavor nocturnus).* Состояния выраженного страха и двигательного возбуждения во время ночного сна. Протекают при суженном или рудиментарно сумеречно-помраченном сознании, после пробуждения амнезируются. Наблюдаются у детей дошкольного и младшего школьного возраста, нередко сопровождаются снохождением и обманами восприятия. Различают [Ковалёв В.В., 1979] С.н. сверхценного и бредового содержания, психопатологически недифференцированные (эти категории не отличаются от аналогичных страхов, наблюдающихся в дневное время) и пароксизмальные С.н., периодически повторяющиеся и приуроченные к определенному времени ночного сна, чаще спустя 2 часа после засыпания. Иногда при этом бывает упускание мочи и дефекация. Пароксизмальные С.н. рассматриваются как проявление височной эпилепсии. С.н. могут наблюдаться и при соматогенной астении.

С.н. возникают в периоде дельта-активности сна, то есть в 3-й или 4-й фазе медленного сна. На ЭЭГ при этом отсутствуют патологические изменения.

**С. преступника** *(лат. pavor sceleris).* Форма дет-

ского страха, боязни плохого человека – вора, грабителя, похитителя младенцев, иногда – какой-то нереальной, мифической, выдуманной персоны.

**Стрельчука гипносуггестивный метод лечения алкоголизма** [Стрельчук И.В., 1949]. Метод лечения алкоголизма выработкой отрицательного условного рефлекса в гипнозе. Используется и в сочетании с методом апоморфинотерапии, при этом гипнотическое внушение проводится в сочетании с небольшими дозами апоморфина [Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965].

**Стресс** *(англ. stress* – давление, напряжение) [Selye H., 1936]. Состояния человека, неспецифические его реакции на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях, возникающие в ответ на чрезвычайно сильные экстремальные раздражители. Основные виды С. – физиологический и психологический. Последний разделяется на информационный и эмоциональный. Аффективная окраска ситуации, вызвавшей С., несущественна. Это могут быть и отрицательно, и положительно окрашенные события, явления. Например, С. может возникнуть при получении радостного известия о том, что считавшийся погибшим близкий человек жив. С. может оказывать положительное, мобилизующее влияние, но может проявляться негативно, приводя к дезорганизации деятельности организма. С. с отрицательным воз-

действием обозначается как дистресс *(англ, distress* – несчастье, недомогание, нужда). Отсюда положительная оценка и важная роль, по H. Selye, С. без дистресса.

См. *Селье синдром адаптации.*

**Стресс эмоциональный.** В отличие от информационного, связанного с перегрузками интеллектуальной информацией, С.э. возникает в угрожающих ситуациях, в связи с обидой, опасностью и т.д. Различают, по характеру поведенческих реакций, такие формы С.э. как импульсивная, тормозная, генерализованная. Нарушается протекание психических процессов, происходят эмоциональные сдвиги, изменяется структура мотивации, нарушается двигательное и речевое поведение.

Син.: С. рефлекторно-эмоциональный.

**Стрессор.** Фактор, вызывающий состояние стресса. Различают С. физиологические (чрезвычайная физическая нагрузка, высокая или низкая температура, боль и др. чрезвычайные и остро воспринимаемые симптомы соматической патологии) и психологические (угроза благополучию, страх, чувство опасности, избыток информации, не позволяющий справиться с ней, и т.д.). К психологическим С. относятся и факторы фрустрации (см. *Розенцвейга теория фрустрации).*

Син.: стресс-фактор.

**Стрибмана методика психотерапии** [Стрибман К.И., 1940]. Психотерапевтическая методика лечения функциональной, истерической афонии путем сочетания рациональной психотерапии (убеждение больного в излечимости его страдания) с одновременной гальванизацией корня языка.

**Ступор** (*лат. stupor* – оцепенение). Состояние обездвиженности, оцепенения с частичным или полным мутизмом и отсутствием или снижением реакции на внешние раздражители, в том числе и на болевые.

**С. акинетический** характеризуется обездвиженностью и сопротивлением больного попыткам изменить положение его тела.

**С. апатический** проявляется полным безучастием, бездеятельностью, отсутствием волевых побуждений, бедностью переживаний, дезориентировкой.

Син.: С. адинамический, аспонтанный.

**С. бредовой** обусловлен бредовыми переживаниями.

**С. галлюцинаторный** протекает с галлюцинациями, чаще слуховыми (императивными).

**С. депрессивный.** Наблюдается на высоте депрессивного состояния. Характерна депрессивная мимика.

Син.: С. меланхолический.

**С. истерический** возникает после психической травмы обычно при наличии истероидных черт личности.

**С. кататонический** проявляется обездвиженностью, мутизмом, каталепсией. Зрачковые симптомы (Бумке, Вестфаля–Бумке).

**С. маниакальный** – двигательное торможение при маниакальном аффекте. Проявление смешанных состояний.

**С. негативистический.** Разновидность С. кататонического с выраженным активным негативизмом.

**С. послешоковый** наступает в результате сверхсильных эмоциональных потрясений, в экстремальных ситуациях.

**С. псевдокататонический.** См. *С. истерический.*

**С. психогенный.** См. *С. истерический.*

**С. пустой.** Не сопровождается другими психопатологическими проявлениями (бредом, галлюцинациями, аффективными расстройствами).

Син.: С. эффекторный.

**С. рецепторный** проявляется на фоне онейроида. Больной как бы воспринимает происходящие перед ним фантастические картины.

**С. эмоциональный.** См. С. *психогенный.*

**С. экзогенный.** Возникает при токсических или инфекционных поражениях стриопаллидарной систе-

мы, например, пост– или метэнцефалитический С., С. вследствие отравления нейролептиками.

**С. экстатический** возникает в связи с выраженным экстатическим аффектом.

**С. эпилептический.** Относительно непродолжительный, с последующей амнезией.

**Субделирий** *(лат. sub* – под + *делирий).* Начальная стадия или облегченное и непродолжительное (абортивное) течение делирия.

**Субдепрессия.** Неглубокая депрессия. Либо начальная стадия углубляющейся эндогенной депрессии, либо – депрессивное состояние невротического или циклотимического генеза.

Син.: субдепрессивное состояние.

**Субступорозное состояние.** Неполный ступор. Обездвиженность не достигает той степени выраженности, что при кататоническом ступоре. Мутизм также может быть неполным. Больной длительное время сохраняет неестественные, вычурные, часто неудобные позы. Возможен все же частичный контакт.

**Сублимация** *(лат. sublime* – наверх, вверх). Один из Фрейда механизмов психологической защиты, при котором происходит превращение социально неприемлемого импульса в приемлемый, переадресовка энергии из одного канала в другой. Чаще всего это относится к переключению энергии с примитивных и

низменных потребностей на высоко ценимые в обществе проявления деятельности. С. рассматривается как один из наиболее положительных механизмов адаптации личности, индивидуума.

**Суггестия** *(лат. suggestio* – внушение, намек). См. *Внушение.*

**Суггестология** *(суггестия + греч. logos* – учение, наука). Раздел психотерапии, изучающий методологические принципы и разрабатывающий методологические приемы внушения в процессе психотерапевтической деятельности.

**Судороги.** Непроизвольное сокращение мышц. В зависимости от их непрерывного или прерывистого характера различают С. тонические и клонические. По происхождению различают С. церебральные и спинальные. Вызываются: аноксией (например, во время обмороков), токсическими воздействиями (например, при отравлении стрихнином), психогенными факторами (например, истерические), эпилептическими.

**С. аффективные** возникают под влиянием сильного эмоционального возбуждения, чаще у детей.

**С. гипнагогические** наблюдаются перед засыпанием, чаще у страдающих обменными нарушениями, особенно при нарушениях минерального обмена.

**С. детские** [Hochsinger K., 1904]. Судорожные при-

падки с четко выраженной причиной, явным пусковым фактором, наблюдающиеся чаще всего в пубертатном периоде и возникающие в связи с особыми нагрузками – с физическим напряжением, отсутствием сна, интенсивным солнечным облучением, значительной интеллектуальной или эмоциональной нагрузкой. Характерен большой эпилептический припадок, чаще всего он бывает раз в жизни и больше не повторяется. H. Kreiz [1967] относит такие случаи к острой эпилепсии с тенденцией к самопроизвольному выздоровлению. В отдельных случаях такие припадки являются предвестниками развивающейся (в течение нескольких лет) и хронически протекающей эпилепсии.

**С. инициальные** возникают в начале произвольного движения при некоторых органических поражениях ЦНС.

**С. истерические.** Проявление истерического припадка.

**С. клонические** проявляются в чередовании кратковременных мышечных спазмов и периодов расслабления. Наблюдаются при поражении двигательной зоны полушарий головного мозга, чаще всего – при эпилепсии и эпилептиформных синдромах органического генеза.

**С. корковые** возникают при раздражении двигательных центров в области передней центральной из-

вилины коры полушарий головного мозга.

**С. оперкулярные** (*анат. operculum frontale* – лобная покрышка). Ритмические С. мышц языка и губ, сопровождающиеся причмокиванием и жевательными движениями. Проявление поражения задней части нижней лобной извилины.

**С. профессиональные** возникают при переутомлении мышц, участвующих в профессиональных движениях (письмо, игра на скрипке и др.).

**С. рефлекторные** возникают при нанесении какого-либо раздражения, например, при исследовании дермографизма. Признак повышенной чувствительности субъекта.

**С. салаамовы** (от *«салам»* – мусульманское приветствие). Ритмическое движение головы вперед и назад, сопровождающееся аналогичными движениями туловища и, иногда, разгибание рук. Входит в состав синдрома детской миоклонической эпилепсии Веста, наблюдающегося в младенческом возрасте, наряду с остановкой психомоторного развития и гипсаритмией (диффузные медленные комплексы пик-волна с очень большой амплитудой и малой реактивностью, повторяющиеся с короткими интервалами на фоне основного ритма частоты тета– и дельта-волн). В основе – органическое поражение головного мозга неустановленной природы. Не относится к эпилепсии.

Син.: С. кивательные, сгибательный спазм.

**С. сальтаторные** *(лат. saltatorius* – плясовой). Клонические С., возникающие в положении стоя.

**С. тонические** характеризуются длительным сокращением мышц. Наблюдаются при некоторых очаговых поражениях головного мозга (базальных ядер, ствола), при тетании, столбняке, как одна из фаз эпилептического припадка, при истерии.

**С. фебрильные простые.** Наблюдаются при лихорадочном состоянии и носят характер эпизодических. Не оставляют последствий, отличаются хорошим прогнозом.

**С. фебрильные эпилептические.** Наблюдаются в детском возрасте при лихорадочных состояниях, на фоне судорожной готовности. Отмечается сравнительная частота семейного предрасположения к С.ф.э. С возрастом исчезает по мере угасания судорожной предрасположенности.

**С. эпилептиформные.** С. неопределенной природы, внешне напоминающие эпилептические. По H. Gastaut [1975], термин неправомерен – в тех случаях, когда неизвестна природа судорог, следует говорить о судорогах неопределенной природы.

**С. эпилептические.** Судорожные проявления, входящие в структуру эпилептических припадков, как генерализованных, так и атипичных, фокальных.

**Судорожный смех.** Приступы неестественно громкого и продолжительного смеха, сопровождающегося утрированными мимическими реакциями. Наблюдается при неврозах, особенно при истерии, при неврозоподобных состояниях органического генеза и шизофрении (носит характер манерного).

**Суждение.** Основная форма мыслительной деятельности. В С. формулируется предварительный итог мыслительного процесса. С. имеет в своей основе действенный характер и заключает в себе социальный аспект. Отражая отношение субъекта к объекту, С. насыщено эмоционально. С. – итог понятий и представлений. Проверка истинности С. производится в контексте логической его проверки, критичности. Такая работа над С. является рассуждением. Рассуждение, показывая истинность С., становится обоснованием его, оно вскрывает правомерность посылок С. и, таким образом, приобретает форму умозаключения. Основные виды С.: утвердительные и категорические; проблематические, действительности и необходимые.

**Суигенный** (*лат. suus* – свой, независимый, *греч. -genes* – порождающий). Независимый от каких-либо обстоятельств, эссенциальный.

**Суицид** (*лат. sui* – себя, *caedo* – убивать). См. *Самоубийство.*

**Суицидальное поведение у подростков.** По А.Е. Личко [1985], одна из форм патохарактерологических реакций. Различаются истинное, аффективное и демонстративное С.п. Истинное С.п. обычно бывает следствием длительной и тяжелой психической травматизации. См. *Амбрумовой концепция суицидального поведения.*

**Суицидомания** *(суицид + мания).* Непреодолимое влечение, упорное стремление к самоубийству. Наблюдается при депрессивной фазе МДП, некоторых формах психопатии, шизофрении.

**Сукцессивный** *(лат. succendo* – идти вслед). Последовательный. Например, сукцессивный синтез, расстройства которого характерны для органических поражений головного мозга лобной локализации.

**Сульфозинотерапия** [Schroeder K., 1924]. Один из методов пирогенной терапии, был предложен для замены маляриотерапии (см. *Вагнер-Яурегга метод)* при лечении прогрессивного паралича. Известное терапевтическое значение имеет и производимый сульфозином дезинтоксикационный эффект. Применяется вводимый внутримышечно 1 % раствор очищенной (возгоночной) серы. Назначается с согласия больного или его родственников.

**Сумеречное расстройство сознания.** Характеризуется острым возникновением и, в большинстве слу-

чаев, острым же разрешением; по выходе из него наблюдается амнезия. Однако в некоторых случаях разрешение может быть литическим и тогда остаются островки припоминания (см. *Моли феномен),* способствующие образованию резидуального бреда. В сумеречных состояниях отмечаются образный бред, галлюцинации, бурные аффекты страха, злобы. В С.р.с. нередки агрессивно-разрушительные поступки. Длительность этих состояний от нескольких минут до нескольких дней.

Сумеречные состояния могут быть функциональными (аффективными, истерическими, психогенными) и органическими (эпилептический или эпилептиформный синдром).

Функциональные С.р.с. характеризуются наличием симптомов псевдодементности, пуэрильности, иногда – театральности; при них часто отмечается реакция на происходящее вокруг больного. Такие состояния часто определяются как истерическое сужение сознания.

Органические С.р.с. при эпилепсии могут следовать за припадком, быть его эквивалентом.

Выделяют онейроидный вариант С.р.с. – при обилии ярких фантастического содержания галлюцинаций и кататонических проявлений.

Известные трудности в судебно-психиатрической

экспертизе представляет диагностика ориентированных С.р.с., при которых сохраняются следы ориентировки (узнавание близких, фрагменты самосознания), отсутствуют бред и галлюцинации. Больные производят впечатление не совсем проснувшихся людей (нетвердая, шаткая походка, заплетающаяся речь).

**Сумеречные эпизодические расстройства сознания** [Kleist K., 1926]. Эпизодически возникающие психотические состояния, характеризующиеся сумеречным расстройством сознания (сумерки простые, импульсивные, галлюцинаторные, экспансивные, психомоторные). Период предвестников характеризуется бессонницей, астенией, по выходе из С.э.р.с. глубокий длительный сон. Рассматривались автором как стволовый синдром. В современной психиатрии рассматриваются как одна из форм периодически протекающих психозов.

**Суппрессия** (*лат. suppressio* – подавление). Механизм психологической защиты, характеризующийся попыткой объяснения, оправдания, толкования своих, противоречащих общепринятым в обществе, мыслей и чувств. Эффективность С. зависит от значимости этих переживаний для человека, от их эмоциональной нагрузки. С. всегда носит характер сознательного, волевого подавления, в отличие от репрессии, являющейся неосознаваемой, автоматизированной.

**Суханова тревожно-мнительный характер** [Суханов С.А., 1905]. Одно из обозначений психастенической конституции.

**Сухаревой систематика психопатий** [Сухарева Г.Е., 1959]. Предполагает выделение трех основных видов психопатий в связи с различными вариантами аномалий нервной системы (различие вариантов аномалий зависит от времени, характера и тяжести болезнетворного воздействия на нервную систему): 1) задержанное развитие (по типу психического инфантилизма); 2) искаженное, диспропорциональное развитие, в структуре которого задержка развития одних физиологических систем сосуществует с ускоренным развитием других; 3) поврежденное, «надломленное» развитие в связи с повреждением нервной системы на ранних этапах ее онтогенеза. К первой группе психопатий, общим для которых является наличие черт дисгармонического инфантилизма, относятся неустойчивые, истероидные, лгуны и фантасты, частично возбудимые. Ко второй группе – гипертонические, аутичные и психастенические личности. Третья группа – органические психопатии – характеризуется психопатоподобными нарушениями поведения при наличии остаточных органических изменений в головном мозге.

**Сухаревой триада** [Сухарева Г.Е., 1955]. Признаки

психических расстройств при хорее Сиденгама: эмоциональные, двигательные и сенсорные расстройства.

**Сухотка спинная.** Форма позднего нейросифилиса. Возникает через 5-10, иногда 15-20 лет после заражения сифилисом. Поражается спинной мозг, его задние столбы и корешки. Морфологически – воспалительные, а затем дегенеративные изменения паренхимы, происходит распад миелина и аксонов. Поражаются также черепно-мозговые и спинальные нервы. Основная симптоматика – нарушения походки, атаксия, угасание рефлексов, парестезии, выпадение глубокой чувствительности, болевые симптомы (стреляющие боли в ногах), симптом Аргайлла Робертсона, тазовые и трофические расстройства, вегетативные кризы. Психически – астения, снижение памяти, внимания, аффективная лабильность, аффективные колебания, изменения характера, иногда – галлюцинаторно-бредовые непродолжительные состояния. Возможно присоединение симптоматики прогрессивного паралича (табопаралич). Реакция Вассермана положительная, реакция Ланге по паралитическому типу. Течение длительное, больные часто погибают в состоянии кахексии, приближение летального исхода нередко связано с интеркуррентной соматической патологией.

Син.: tabes dorsalis.

**Сцеволизм.** Тенденция некоторых психически больных (при выраженной деменции, в исходных состояниях шизофрении, при аффективных реакциях у психопатов) к самоповреждениям путем нанесения себе ожогов или даже сжигания отдельных частей тела. Гай Муций *Сцевола* (Левша) – легендарный герой времен борьбы римлян с этрусками (начало IV в. до н.э.) – проник в лагерь этрусков с целью убить их предводителя. При этом он был пленен, и враги намеревались применить к нему жестокие пытки, чтобы узнать имена его сообщников. Желая показать свое бесстрашие по отношению к боли и смерти, он сам опустил правую руку в пламя и не издал ни звука, пока рука тлела в огне.

# Т

**Табакокурение.** Вредная привычка, самая распространенная форма токсикомании. При Т. в организм попадает токсичный алкалоид никотин; длительное злоупотребление приводит к выраженной соматической патологии (со стороны сердечно-сосудистой системы, легких, желудочно-кишечного тракта). Доказано канцерогенное влияние Т., проявляющееся, в первую очередь, в росте злокачественных заболеваний дыхательных путей среди курящих. Существует психологическое привыкание к никотину, на поздних этапах – снижение толерантности к нему.

Син.: никотинизм.

**Табопаралич** *(лат. tabes dorsalis + паралич).* Сочетание спинной сухотки с прогрессивным параличом. Характеризуется сравнительно медленным, по сравнению с прогрессивным параличом, нарастанием слабоумия. Спинномозговые симптомы проявляются раньше, чем паралитическая деменция (иногда на 5-10 лет). Картина прогрессивного паралича чаще соответствует его дементной форме, однако возможны симптомокомплексы, характерные для экспансивной, ажитированной и депрессивной форм. Часто наблюдаются зрительные галлюцинации, параноид.

**Табофобия** *(табес + фобия).* Навязчивый страх, боязнь заболеть спинной сухоткой. В настоящее время встречается крайне редко.

**Табу.** Полинезийское слово, обозначавшее предметы или живые существа, к которым нельзя прикасаться. Понятие Т. было введено S. Freud [1913] в психоанализ, как противоположное «обычному», «общедоступному». При этом различались его позитивный («святой», «освященный») и негативный («жуткий», «опасный», «нечистый») аспекты. В Т. виделось проявление амбивалентности мышления к налагаемым запретам. Проводилась аналогия между Т. и неврозом навязчивых состояний, сущность которых S. Freud видел в препятствии осуществлению сильных бессознательных влечений. Этим самым была дана психоаналитическая интерпретация проблемы возникновения запретов, играющей важную роль в понимании фрейдистами структуры личности (Сверх-«Я», цензура), появления морали и религии. Критики фрейдизма указывали на поверхностность аналогии между механизмами формирования табу и патогенезом невроза, на уподобление факторов социально-психологических – патобиологическим, клиническим, на игнорирование культуральных различий.

**Таката–Ара реакция** [Takata M., Ara K.]. Коллоидная реакция. При добавлении к подщелоченному

ликвору растворов сулемы и фуксина в норме наблюдается смесь фиолетового цвета. При просветлении жидкости и выпадении осадка реакцию обозначают как метасифилитическую (прогрессивный паралич), при окрашивании в красный цвет – как менингитическую.

**Талассофобия** *(греч. thalassa* – море + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь моря (морских путешествий, купаний).

**Танатофобия** *(греч. thanatos* – смерть + *фобия).* Навязчивый страх смерти. Проявляется либо избеганием разговоров о смерти, зрелища похорон, либо, наоборот, повышенным интересом к рассказам об умирании, похоронах.

**Танцюры методика психотерапии** [Танцюра М.Д., 1956]. Психотерапевтическая методика лечения навязчивых состояний путем негативного воздействия. Автором предложено патофизиологическое объяснение методики: поскольку в основе навязчивых состояний лежит образование патологического очага инертного возбуждения, при многократном повторении этих действий наступает перенапряжение возбуждения в очаге с развитием в нем инертного торможения. Больному предлагают дома по 3-4 раза в день по несколько минут воспроизводить движения, повторяющие болезненный симптом, или по 10-15 раз вызывать пред-

ставления, усиливающие его.

См. *Денлопа метод негативного воздействия, Франкля метод парадоксальной интенции.*

**Тарантизм.** Массовые истерические эпидемии, наблюдавшиеся в Голландии и Западной Германии (XIV-XV вв.) и в Италии (XVI-XVII вв.) в виде очень продолжительных, до изнурения и судорог, танцев, возникавших по механизмам индукции. Танец носил название тарантеллы, которое сохранилось и по настоящее время, так как был связан с суеверным представлением о том, что таким путем можно избежать укуса тарантула.

**Тартусская батарея психометрических тестов** [Саарма Ю.М., 1952]. Комплекс экспериментальных методик для исследования высшей нервной деятельности, включающий тест оперативной памяти, опыт с запоминанием, ассоциативный эксперимент, тест со сложением, корректурный тест, опыт с моторным рефлексом, исследование частоты пульса и дыхания, электрического сопротивления кожи, артериального давления. Анализ результатов производится с позиций физиологии высшей нервной деятельности, определяются состояние возбудительного процесса и внутреннего торможения, тонус и реактивность вегетативной нервной системы. Применяется в психиатрии и психофармакологии.

**Тарханова феномен** [Тарханов И.Р., 1888]. Возникновение и усиление биопотенциалов кожи при воздействии факторов внешней среды, а также при некоторых видах психической деятельности человека, в частности, при эмоциональных реакциях. В основе – тонкий вегетативный механизм, отражающий функциональное состояние симпатической нервной системы. Основная дата описанного И.Р. Тархановым кожно-гальванического рефлекса, по современным представлениям, замыкается в премоторной зоне коры большого мозга и в лимбической системе, а также в гипоталамусе и ретикулярной формации ствола мозга.

**Тасикинезия** *(греч. tasis* – тенденция, склонность, *kinesis* – движение) [Sicard J., 1923]. Форма парадоксальной кинезии характеризуется состоянием повышенной двигательной активности, непрекращающимся стремлением двигаться, в частности, ходить. В отличие от акатизии отсутствуют мучительные ощущения, потребность в движениях является первичной тенденцией, определяется как непреодолимый внутренний напор [Тимков И., Киров К., 1976]. Состояние, близкое к акатизии, наблюдается при тех же патологических состояниях – при некоторых органических поражениях головного мозга (эпидемический энцефалит) и как осложнение при лечении нейролепти-

ками. Относится к транзиторным нейролептическим синдромам, однако, в ряде случаев приобретает хроническое течение (см. *Ио синдром).*

**Тат.** См. *Мюррея – Морган тематический апперцептивный тест.*

**Татуировка** *(фр. tatouer).* Нанесение на кожу различных рисунков и надписей путем внесения в нее нерастворимых красящих веществ. Т. может носить характер дани старым профессиональным традициям, например, у моряков, однако, значительно чаще свидетельствует об уголовном прошлом субъекта. Характер рисунков и надписей иногда может подсказать, где они производились, так как существует специфический стиль Т., присущий некоторым пенитенциарным учреждениям. Наличие Т. является также основанием для предположения о психопатических чертах характера ее носителя.

Син.: татуаж.

**Тафефилия** *(греч. taphe* – похороны, погребение + *филия).* Болезненное влечение присутствовать на похоронах.

**Тафефобия** *(тафе + фобия)* [Morselli E., 1886]. 1. Навязчивый страх, боязнь быть погребенным заживо. 2. Навязчивый страх, боязнь похорон и связанного с ними ритуала.

**Тахибазия** *(греч. tachys* – скорый, быстрый, *basis*

– ходьба). См. *Бехтерева постэнцефалитические симптомы.*

**Тахилалия** *(тахи + греч. lalia* – речь). Ускоренная речь, сочетающаяся с многоговорением. Наблюдается при маниакальных, гипоманиакальных и маниоформных состояниях.

Син.: тахифемия, тахифразия.

**Тахипное** *(греч. tachy* – ускорение, *pnoe* – дыхание). Учащенное дыхание, одышка. Наблюдается при соматических заболеваниях, органических поражениях головного мозга, истерии. При истерии учащение может достигать 60-100-150 движений в мин; при этом дыхание неритмично, неравномерно, отсутствует цианоз губ, больной не стремится занять положение, характеризующееся приподнятой головой, лежит в постели низко; при отвлечении внимания одышку можно погасить.

**Тахипсихия** *(тахи + греч. psyche* – душа). Ускорение психической деятельности. Может носить конституциональный характер, но чаще наблюдается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях. Состояние, противоположное брадипсихии.

**Тахитимия** *(тахи + греч. thymos* – настроение). Проявление психопатии, для которой характерно легкое возникновение как положительно окрашенных эмоциональных состояний, так и дисфорий, живость

темперамента, моторики, частые смены настроения. Тахитимики подвижны, беспечны в обращении с предметами и людьми, склонны к пустой, недостаточно мотивированной деятельности. Ср.: пойкилотимия, психопатия реактивно-лабильная.

**Тахифемия** *(тахи + греч. phemi* – говорить). См. *Тахилалия, Бехтерева постэнцефалитические симптомы.*

**Ташева шкала депрессий** [Ташев Т., 1970]. Предназначена для характеристики депрессивных состояний по самооценке. Представляет собой анкету из 50 вопросов, построенную по альтернативному принципу. Используется для диагностики депрессий, уточнения характеристики синдрома и изучения динамики депрессивных признаков в процессе лечения. Ср.: Гамильтона шкала, Раскина шкала.

**Театральность поведения.** Подчеркнутая аффективность проявлений мимики, жестов, речи, желание произвести впечатление на окружающих, привлечь к себе внимание. Особенно часто наблюдается у психопатических личностей истероидного склада. См. *Гистрионизм.*

**Тебаизм** *(лат. thebaicum* – опиум). См. *Опиомания.*

**Теизм** *(лат. thea* – чай). Разновидность кофеинизма, злоупотребление крепким чаем (чифирем).

**Тейлор метод лечения алкоголизма** [Taylor A.T.,

1964]. Основан на пероральном применении метронидазола (трихопола), прием которого вызывает у больных тошноту и рвоту не только при приеме алкоголя, но и при одном его запахе. Резко повышается толерантность к алкоголю, что препятствует получению удовольствия от выпивки. Восстанавливается рвотный рефлекс, угасающий на ранних стадиях алкоголизма. Препарат малотоксичен и не дает побочных явлений, может использоваться в амбулаторной практике.

**Тейлор метод лечения навязчивых состояний** [Taylor J., 1965]. Психотерапевтический метод. Больной при закрытых глазах вызывает у себя навязчивые мысли, обрывающиеся возгласом врача: «Стоп!». После нескольких повторений путем такой тренировки удается ослабить или даже подавить навязчивости.

**Тейлор шкала тревоги** [Taylor J., 1953]. Так называемая «личностная шкала проявлений тревоги». Правильнее говорить о личностной тревожности, так как с помощью этой методики исследуются свойства личности, свидетельствующие о подверженности человека воздействию различных стрессов и склонности реагировать при этом состояниями тревоги. Состоит из 50 утверждений, входящих в шкалу Хэтэуэя–Маккинли (см. *Хэтэуэя–Маккинли личностный опросник MMPI).* В нашей стране адаптирована Т.А.

Немчиным [1966].

**«Телеграфный стиль».** Нарушение речи, проявление лобного аграмматизма. Характеризуется отрывочностью экспрессивной речи, состоящей сплошь из существительных и глаголов в неопределенной форме, без грамматического их согласования. Характерен для моторной афазии.

**Телеология** *(греч. telos* – цель + *логия).* Идеалистическое направление в философии и биологии, проповедующее целесообразность, соответствие каким-то высшим целеполагающим мотивам происходящих в природе процессов, явлений. Такая целенаправленность является не детерминистической, а рассматривается как проявление либо божественного промысла, либо как проявление внутренних и непостижимых для человека природных причин. Т. в медицине пытается обосновать представления о фатализме, присущем возникновению болезней.

**Телефон доверия.** Один из методов социально-психологической работы по профилактике психических заболеваний. Круглосуточная служба, обеспечивающая квалифицированными советами людей, обращающихся за помощью в стрессовой ситуации. Обслуживается психологами, психотерапевтами, психиатрами. Приобретает большое значение в предотвращении суицидальных действий.

**Телефонофобия** *(телефон + фобия).* Навязчивый страх, боязнь пользоваться телефоном. Чаще ожидание от телефонного звонка неприятных известий.

**Телешевской методика наркогипноза** [Телешевская М.Э., 1959]. Сочетание гипноза с предварительным внутривенным введением 0,5-3-4 мл 10% раствора гексенала до появления некоторой оглушенности с легкой эйфорией. Показана при недостаточной гипнабельности и внушаемости больных. Применяется при психогенном мутизме, афонии, заикании, амаврозе, блефароспазме, астазии-абазии, функциональных параличах, навязчивостях, невротических ипохондрических синдромах, расстройствах сна.

**Телосложение** *(лат. habitus).* Совокупность соматических признаков, определяющих строение тела. Представляет интерес в сопоставлении с особенностями характера (см. *Конституциональная типология Кречмера, Пенде, Шелдона).*

**Т. астеническое.** Высокий рост, длинные конечности, узкая грудная клетка, удлиненное лицо овальной формы, незначительный слой подкожной жировой клетчатки. См. *Готическая конституция, Астения конституциональная.*

**Т. атлетическое.** Хорошее развитие мускулатуры и скелета, широкий плечевой пояс, крупные черты лица, развитой подбородок.

**Т. диспластическое** *(дис + греч. plastike* – формирование, образование) отличается непропорциональностью размеров отдельных частей тела, иногда наличием физических черт, присущих другому полу (евнухоидизм или феминизация у мужчин, маскулинизм – у женщин).

**Т. лептосомное** *(греч. leptos* – тонкий, нежный + *сома).* См. *Т. астеническое.*

**Т. пикническое** *(греч. pyknos* – плотный, крепкий). Объемные размеры преобладают над линейными, круглая голова, короткие конечности, невысокий рост, часто повышенное отложение подкожной жировой клетчатки.

**Темп психическихпроцессов.** Личностная характеристика, включающая скорость протекания ассоциативного процесса, степень подвижности и переключаемость мышления, внимания, деятельности. В большой мере зависит от конституциональных особенностей, подвержен значительным изменениям под влиянием некоторых психических заболеваний и психопатологических состояний.

**Темперамент** *(лат. temperamentum* – соразмерность, надлежащее соотношение частей). Индивидуальные особенности личности, определяющиеся ее активностью и эмоциональностью в их динамических проявлениях (интенсивность, темп, ритм, по-

движность психических процессов). Традиционно выделяются 4 типа Т., различие которых объяснялось с позиций гуморальной (соотношение жизненных соков в организме), конституциональных (в соответствии с конституционально-типологическими особенностями) теорий, и, в настоящее время, трактуется в соответствии с типами высшей нервной деятельности по И.П. Павлову. К последнему близка типология H.J. Eysenck.

**Т. меланхолический** *(греч. melas* – темный, черный, *chole* – жёлчь). Преобладание подавленного настроения, слабость волевых процессов. По И.П. Павлову – слабый тип ВНД. По H.J. Eysenck – интровертированность, высокий нейротизм.

**Т. сангвинический** *(лат. sanguis* – кровь). Живость, подвижность эмоциональных реакций, быстрота и сила волевых проявлений. По И.П. Павлову – сильный, уравновешенный. По H.J. Eysenck – экстравертированный, стабильный (низкий показатель нейротизма).

**Т. флегматический** *(греч. phlegma* – слизь, флегма). Эмоционально вялый, устойчивый, мало зависящий от внешнего влияния, медлительный. По И.П. Павлову – сильный, уравновешенный, инертный. По H.J. Eysenck – интровертированный, стабильный.

**Т. холерический** *(греч. chole* – жёлчь). Возбуди-

мый, порывистый, склонный к бурным аффективным реакциям. По И.П. Павлову – сильный, неуравновешенный. По H.J. Eysenck – экстравертированность, высокий нейротизм.

**Темперамента пропорции.** См. *Кречмера пропорции темперамента.*

**Тениофобия** *(греч. tainia* – ленточный глист + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь заразиться глистами.

**Тенона метод монолатеральной электросудорожной терапии** [Tennon J., 1956]. Предложен в качестве относительно более щадящего центральную нервную систему, не приводящего к значительному ослаблению памяти. Электроды накладываются с одной стороны головы, на недоминантное полушарие. Отличается меньшим терапевтическим эффектом, количество электросудорожных припадков на курс приходится увеличивать в 1,5 раза, что, в конечном итоге, дает такой же неблагоприятный для мозговой ткани результат. Этим объясняется известная ограниченность показаний к применению метода – главным образом при легких депрессиях и при лечении больных, для которых хорошая память профессионально важна [Авруцкий Г.Я., Вовин Р.Я., Личко А.Е., Смулевич А.Б., 1975].

**Теофобия** *(греч. theos* – бог, *phobos* – страх). Навязчивый страх, боязнь бога, божьей кары, божьего

вмешательства в судьбу.

**Тепловой удар.** Болезненное состояние, возникающее вследствие нарушений теплообмена в организме (длительное перегревание или массированное тепловое облучение). Обычно возникает при длительном нахождении человека в условиях высокой температуры воздуха, при значительной инсоляции. Характерны соматические симптомы: гипертермия тела, усиленное потоотделение, тахикардия, учащение дыхания. Часты проявления со стороны нервной системы, обусловленные различной степени выраженностью отека мозга – головные боли, головокружения, обморочные состояния, оглушение, эпилептиформный синдром, психомоторное возбуждение, нарушение координации движений. См. *Психозы Фауста.*

**Терапевтический клуб.** Форма проведения психотерапевтической работы с психически больными во внебольничных условиях. Один из методов социальной реабилитации. Работу в клубе проводят психиатры, психотерапевты, психологи, социологи. Используются приемы индивидуальной и коллективно-групповой психотерапии, при необходимости назначается поддерживающее медикаментозное лечение.

**Терапевтический театр.** См. *Морено метод психодрамы.*

**Терапевтическое сообщество** *(англ. therapeutie*

*community).* Специально сконструированная больничная среда, поощряющая деятельность пациентов в рамках социальных норм. Специальные обучающие методы применяются для преодоления чувства зависимости пациентов, для поощрения у них чувства личной ответственности и ускорения социальной реабилитации. Понятие Т.с. опирается на положения социологии и социальной психологии. По мнению М.М. Кабанова [1985], основная задача персонала заключается в управлении социальной ролью больного, в постоянном взаимодействии медицинских работников с пациентами. По выражению M. Jones [1966], концепция Т.с. означает оптимальное использование лечебных способностей больных и персонала.

**Терапия поддерживающая.** Лечение, назначаемое больным процессуальными психическими заболеваниями после выписки из стационара в состоянии ремиссии. Цель – создание условий для проведения социально-реабилитационных мероприятий, профилактика рецидивов заболевания. Для Т.п. больных шизофренией особенно показаны депо-препараты.

**Терапия средой** *(англ. milieu therapy).* Один из методов социотерапевтического воздействия, близко примыкает к психотерапии, особенно коллективной. Важную роль играют микросредовые факторы, создание сплоченного коллектива больных с общими ин-

induced

тересами, максимальное предоставление им статуса самостоятельности, введение в отделении принципа самообслуживания и самоуправления, преодоление ненужной авторитарности медицинских работников в их взаимоотношениях с больными.

**Терапия ex juvantibus** *(лат. ex* – исходя из, *juvanus* – помогающий). Лечение, проводимое в целях уточнения диагностики. Крайняя мера, применяемая при значительных диагностических затруднениях и условии, что проведение такого лечения не противопоказано по соматическому и психическому состоянию больного. Например, назначение антилюэтической терапии при предположении о серонегативном люэсе, антидепрессантов – при подозрении на латентную депрессию.

**Термалгия** *(греч. therme* – тепло, жара, зной, *algos* – боль). Дизестезия, при которой кожное тепловое раздражение воспринимается как болевое.

**Терманестезия** *(терм + греч. an* – отрицание, *aisthesis* – чувство, ощущение). Нарушение чувствительности, невосприятие теплового раздражения. Наблюдается при органических поражениях серого вещества спинного мозга (сирингомиэлия) и при функциональных заболеваниях (истерия). Одна из истерических стигм.

**Термофобия** *(термо + фобия).* Навязчивый страх,

боязнь жары, натопленных помещений.

**Термоэстезия** *(термо + эстезия).* Температурная (тепловая) чувствительность.

**Тета-волны.** Медленные волны на ЭЭГ с частотой 4-7 в секунду и амплитудой до 150 мкВ. Конфигурация многообразна – синусоидальные, округлые, заостренные. Доминирующий ритм на ЭЭГ здоровых детей в возрасте 2-8 лет.

Син.: тета-ритм, стресс-ритм.

**Тетрапарез** (*тетра + греч. paresis* – ослабление). Парез всех четырех конечностей.

**Тетраплегия** *(греч. tetra* – четыре, *plege* – удар). Паралич всех четырех конечностей.

**Тик** *(фр. tic).* Быстрые неритмичные, стереотипные, автоматизированные подергивания отдельных мышц или их групп. Внешне Т. напоминают рефлекторные или целенаправленные действия. По происхождению различают Т. невротические и неврозоподобные (резидуально-органического или соматогенного происхождения). Последние отличаются большей стереотипностью, меньшей зависимостью от аффективных факторов, нередко локальны, сочетаются с другими проявлениями хронического органического психосиндрома [Ковалёв В.В., 1971, 1979].

Т., в отличие от насильственных движений, можно на время подавить волевым усилием.

В патогенезе Т. установлена роль нарушений деятельности лобно-стриарных систем, однако при невротических Т. эти расстройства носят функционально-нейродинамический характер, а при неврозоподобных – сруктурно-функциональный характер [Козлова Т.А., Лебедева Н.Д., 1980].

**Тимергазия** *(греч. thymos* – чувство, настроение, *ergasia* – работа, действие, деятельность) [Meyer A., 1908]. Разновидность эргастических реакций, соответствующая аффективным расстройствам. См. *Майера эргазиология.*

**Тимолептики** *(тим* + *греч. leptikos* – способный взять, воспринять). См. *Антидепрессанты.*

**Тимопатия** *(тимо* + *греч. pathos* – страдание, болезнь). Общее определение форм психопатий с доминирующей в клинике аффективной симптоматикой (дистимики, циклотимики и др.).

**Тимопластический** *(тимо* + *лат. plasticus* – лепящий, формирующий) [Birnbaum K., 1919]. Аффективно обусловленный. По K. Birnbaum, один из факторов формирования структуры психоза, соответствует понятию о кататимном факторе.

**Тимостабилизаторы** *(тимо* + *лат. stabilis* – постоянный, неизменный). См. *Нормотимики.*

**Типология психопатологическая.** Систематика, классификация психических заболеваний по домини-

рующим при них психопатологическим синдромам в их динамике, в соответствии с патогенезом и патокинезом.

**Типы высшей нервной деятельности.** Типология ВНД на основе выделенных И.П. Павловым трех основных свойств нервных процессов – силы, уравновешенности и подвижности. Их различным сочетанием обусловлено выделение 4-х типов ВНД (см. *Темперамент).* Кроме того, в зависимости от преобладания первой или второй сигнальной системы различают художественный и мыслительный (речевой) типы.

**Тиреотоксикоз** *(анат. gl.thyreoidea, греч. toxikon* – яд). Заболевание, в основе которого лежит гиперплазия и гиперфункция щитовидной железы. Среди причин возникновения Т. большую роль играют психические травмы. Характерно повышение основного обмена. Обязательны нарушения деятельности сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Психически – чрезмерная возбудимость, раздражительность, беспокойство, суетливость, плохой сон, эмоциональная лабильность, слабодушие, повышенная утомляемость. Важные диагностические симптомы: потеря веса при хорошем или даже повышенном аппетите, тахикардия, повышенное потоотделение, тремор рук, век, всего тела.

**Тождества феномен.** См. *Каннера феномен тож-*

*дества.*

**Токофобия** *(греч. tokos* – роды + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь родов.

**Токсикомания** *(греч. toxikon* – яд + *мания).* Болезненные состояния, характеризующиеся влечением и привыканием к приему лекарственных средств и других веществ, не относимых к наркотическим согласно Единой Конвенции о наркотических средствах [1961] и Конвенции о психотропных веществах [1971]. Характеризуются хронической интоксикацией, наличием синдромов психической и физической зависимости.

**Токсикофобия** *(токсико + фобия).* Навязчивый страх, боязнь отравления. Следует отличать от сверхценных и бредовых идей отравления. Последние чаще всего носят персекуторный характер и вне процессуальных заболеваний наблюдаются при наличии параноических и эпилептоидных черт личности, тогда как Т. – проявление обсессивно-фобических расстройств и наблюдается обычно у лиц тревожно-мнительного склада характера (психастеников, ананкастов).

**Токсоплазмоз.** Паразитарное заболевание организма из группы протозойных зоонозов. Возбудитель – внутриклеточный паразит Toxoplasma gondii. Клиническая картина полиморфна, иногда течение бес-

симптомное. Поражение ЦНС может быть врожденным, приобретенным в периоде новорожденности и в более позднем возрасте.

Для врожденного и приобретенного в периоде новорожденности Т. характерна олигофрения. При Т. периода новорожденности наблюдаются явления хореоретинита и менингоэнцефалита. Токсоплазматическая олигофрения сочетается с внутримозговыми обызвествлениями, гидроцефалией и судорожными припадками (см. *Себина триаду врожденного токсоплазмоза).* Часто наблюдаются дисплазии (деформация черепа, аномалии лицевого скелета).

**Толерантность** *(лат. tolerantia* – способность переносить). В психофармакологии: способность переносить воздействие лечебных доз лекарств без заметного терапевтического или токсического эффекта. В более широком смысле говорят о терапевтической Т. в неподдающихся лечению случаях психических заболеваний.

**Томас тест** [Tomas M., 1950]. Одна из проективных экспериментально-психологических методик для исследования личности. Применяется в детской психологии. Обследуемому предъявляют серию историй, заканчивающихся вопросом «Почему?», например: «Один мальчик твоего возраста жил в большом городе. Он ходил в школу. На переменах он ни с кем не иг-

рал и оставался в стороне. Почему?» В историях отражается жизненная ситуация обследуемого, затрагиваются определенные темы – социальные контакты, настроение, страх, чувство вины и т.д.

**Томбоизм** [Money J, Erchardt A., 1982]. Разновидность транссексуализма, его проявление в детском возрасте. Речь идет о девочках с мальчишеским поведением *(Том-бой* – мальчик Том).

**Томография компьютерная** *(греч. tomos* – отрезок, слой, *grapho* – писать, изображать). Рентгенологическое исследование головного мозга, в котором используется послойная регистрация (сканирование) плотности мозговой ткани. Включает в себя две группы методов: 1. Методы исследования морфологии мозга (трансмиссионная Т.к., магнитно-резонансная Т.к.); 2. Методы исследования функции мозга (фотонно-эмиссионная Т.к., позитронно-эмиссионная Т.к., магнитно-резонансная спектроскопия).

Т.к. позволяет обнаруживать структурные изменения мозговой ткани, функциональные нарушения, проявляющиеся в особенностях регионального распределения лекарственных веществ, нарушения кровотока и обмена веществ.

**Томомания** *(томо + мания).* Неопреодолимое влечение подвергать себя хирургическим операциям. Наблюдается у психопатических личностей (см. *Мюнх-*

*гаузена синдром),* при шизофрении, особенно с ипохондрическим бредом.

**Тонус витальный.** Сочетанное выражение темпа и силы психической деятельности индивида.

**Топагнозия** *(греч. topos* – место + *агнозия).* Нарушение ориентировки в пространстве, неспособность ориентироваться на улице, в доме. Разновидность агнозии. Наблюдается при болезни Альцгеймера и старческом слабоумии.

**Топалгия** *(топ + греч. algos* – боль). Появление болей в строго ограниченных участках кожи при отсутствии органической патологии нервной системы. Наблюдается при истерии.

**Топанестезия** *(греч. topos* – место + *анестезия).* Потеря чувства локализации прикосновения к коже, нарушение кожной чувствительности.

**Топофобия** *(греч. topos* – место + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь остаться одному в помещении. Страх, что не удастся спастись, если наступит пожар или землетрясение, или что некому будет оказать помощь, если больной себя плохо почувствует.

**Торможение.** Активный нервный процесс, противоположный возбуждению, проявляющийся в ослаблении или прекращении присущей данной системе организма деятельности. Торможение деятельности нервных центров (Т. центральное) было открыто И.М.

Сеченовым [1863]. Т. периферическое приводит к задержке деятельности рабочих органов. Различают два способа Т. клеточной деятельности: вследствие активизации особых тормозных структур или как последствие предшествовавшего ему возбуждения клетки.

**Т. безусловное.** См.: Т. внешнее.

**Т. внешнее** является вариантом коркового Т. и включает в себя индукционное, обусловленное воздействием внешних факторов, и запредельное (охранительное), возникающее вследствие превышения предела работоспособности клеток возбуждающей стимуляцией, что препятствует истощению нейронов под влиянием сверхсильного раздражения.

Син.: Т. безусловное.

**Т. внутреннее** развивается в пределах дуги условного рефлекса.

**Т. запредельное.** См. *Т. внешнее.*

**Т. застойное.** Вид условнорефлекторного Т., отличающегося перенапряжением силы или подвижности основных нервных процессов.

**Т. индукционное.** Условнорефлекторное Т., возникающее по механизму отрицательной индукции вокруг очагов застойного возбуждения.

**Тотем.** Этим словом у североамериканских индейцев обозначался символ клана. В виде Т. обожеств-

лялись предметы, животные, ритуальные рисунки. S. Freud [1913] видел в тотемизме первобытную форму религии. В отношении к Т., по S. Freud, как и в основе невроза, лежит отцовский (разновидность Эдипова) комплекс. Т. рассматривался как символ убитого и съеденного сыновьями праотца. Вина за это преступление сохраняется в бессознательном. Из тотемизма S. Freud выводил сущность современных религий, в первую очередь иудаизма и христианства. Таким образом, принцип Т. является общим для развития невроза и возникновения религий, и там, и там в основе лежит чувство вины за древний грех.

**Травестизм** *(фр. travestir* – переодеваться). См. *Трансвестизм.*

**Травма психическая.** Патогенное эмоциональное воздействие на психику человека, которое при специфически-личностной значимости и недостаточности психологических защитных механизмов может привести к психическому заболеванию. Т.п., таким образом, может служить причиной возникновения психогенно-реактивного заболевания или фактором, провоцирующим начало эндогенного процесса.

**Травма родовая.** 1. Травматизация органов и тканей плода во время родов, чаще всего патологических (стремительные роды, наложение щипцов и др.). Является одной из основных причин органической це-

ребральной патологии натального генеза. 2. В психоанализе понятие Т.р. было введено для обозначения связанных с рождением, то есть с разрывом с материнской утробой, переживаний [Rank O., 1929]. По S. Freud [1915], Т.р. в таком понимании является фактором, предрасполагающим к тревожности и, в связи с этим, психоневрозы могут рассматриваться как специфическая форма травматического невроза. При этом в качестве травмы фигурирует гипотетическая психогения, обусловленная фактом рождения.

**Трамера тест книжного каталога** [Tramer M., 1953]. Экспериментально-психологическая методика для исследования личности. Применяется в детской психологии. Обследуемому предлагают выбрать соответственно своим интересам 10 названий книг из списка, содержащего 430 названий. Обозначенные в списке книги группируются в 24 категории соответственно «психовекторам», отражающим возможное распределение интересов. Интересы распределяются на центрифугальные (приключения, путешествия, военные переживания) и центрипетальные (социальные, семейные). Выделяются также такие векторы, как инфантильность, интроверсия, интерес к вопросам морали либо к абстрактным, философским темам и т.д. Используется для выявления дисгармонии развития, невротических проявлений, для психодиагно-

стики особенностей характера.

**Транзитивизм** *(лат. transitus* – переход, перемещение). Бредовой феномен, наблюдающийся при синдроме Кандинского–Клерамбо и проявляющийся в убежденности больного, что испытываемые им болезненные ощущения и переживания воспринимаются не только им, но и его близкими, родственниками, окружающими. Это относится к галлюцинациям, псевдогаллюцинациям, чувству внешнего воздействия. Высказывается уверенность, что больные люди вокруг него, тогда как он психически здоров. Наряду с такого рода отчуждением и проекцией вовне собственных психических переживаний В.А. Жмуров [1988] к Т. относит случаи, когда больной утверждает, что окружающие во всем копируют его, становятся его двойниками.

**Транквилизаторы** *(лат. tranquillo* – делать спокойным). Группа препаратов психотропного действия. Снимают тревогу, эмоциональную напряженность, страх, существенно не нарушая (в терапевтических дозах) процессов познания, восприятия. В отличие от нейролептиков не обладают выраженным антипсихотическим эффектом. Проявляют миорелаксирующие и противосудорожные свойства. К Т. относятся: производные бензодиазепина – хлозепид (элениум), сибазон (диазепам, реланиум, седуксен), феназепам,

нозепам (тазепам), мезапам (рудотель), производные дифенилметана – амизил; Т. разных химических групп – мебикар, триоксазин, грандаксин и др.

**Транс** *(фр. transe).* Разновидность амбулаторного автоматизма, иногда достаточно продолжительная (до нескольких дней). Во время Т. больные совершают длительные поездки, путешествия. Внешне они производят впечатление несколько сонливых, заторможенных. При восстановлении сознания больной обнаруживает, что очутился в местности, где он не должен был оказаться, отмечается амнезия случившегося. Наблюдается чаще всего при эпилепсии.

**Трансвестизм** *(лат. trans* – через, *vestio* – одевать). [Westphal C., 1870; Hirschfeld M., 1910]. Перверсное влечение носить одежду противоположного пола и соответственно видоизменять свой внешний вид. Женщины-трансвеститы носят мужскую одежду, курят, нарочито грубы в поведении. Мужчины носят женскую одежду и белье, избыточно употребляют косметику, изготавливают специальные накладные бедра и грудь и т.п. При этом все показатели, определяющие пол, нормальны, а изменена психосексуальная ориентация. Чаще наблюдается у мужчин, обнаруживаясь уже в детском и в подростковом возрасте. Трансвеститы в 30% случаев гомосексуальны, иногда обнаруживают ослабленное половое влечение. На-

блюдается также у больных шизофренией и циркулярным психозом [Посвянский П.Б., 1972].

**Транспортирование чувств** *(лат. transpono* – перемещать). Перенесение эмоционального заряда, относившегося к определенным событиям, периодам, на не имеющих к ним никакого отношения людей, предметы. Примером этого может служить появление враждебности к родственникам и близким, наделение неодушевленных предметов свойствами одухотворенных существ, отрицательно эмоционально воспринимаемых больными. Наблюдается при шизофрении.

**Транссексуализм** *(транс + лат. sexus* – пол) [Ellis H., Symonds J.A., 1896; Benjamin H., 1953]. Форма отклонения психосексуального развития, нарушение полового самосознания. Т. – стойкое, обнаруживаемое уже в раннем детстве, непоколебимое осознание своей принадлежности к противоположному полу, хотя это противоречит первичным и вторичным половым признакам больного, соответствующим паспортному полу. На первый план выступают нарушения поведения, связанные с убежденностью в принадлежности к противоположному полу. Характерно стремление к смене пола, хотя бы паспортного, но часто больные требуют изменения пола посредством хирургической операции. Невозможность компенсации

приводит к суицидальному поведению. Наблюдаются также бредовые идеи смены пола, возникающие при паранойяльных состояниях эндогенного происхождения (шизофрения) или при органических поражениях головного мозга. В этих случаях ранние этапы психосексуалыюго развития протекают без отклонений, а стремление сменить пол появляется с дебютом психического заболевания [Васильченко Г.С., 1983].

Страдающие Т. в своих сексуальных влечениях не являются гомосексуалами, например, мужчина-транссексуал стремится найти полового партнера в мужчине, поскольку свою роль представляет как женскую, а связь с женщиной представляется ему как гомосексуальная [Green R., Money J., 1969]. Т. рассматривается как эндогенная (конституциональная) аномалия личности [Бухановский А.О., 1986]. См. также *Эонизм.*

Син.: психический гермафродитизм [Bloch J., 1936].

**Трансфер** (*фр. transfert* от *лат. transfere* – переносить, перемещать). Психоаналитический термин, обозначающий перенос больным на врача эротических влечений к людям, которых он знал в прошлом, неосознаваемых сексуальных переживаний детства, возникающих при общении с родителями или близкими людьми. По S. Freud, излечение так называемого невроза переноса приводит к излечению действительно-

го невроза, в Т. моделируется характерная для больного невротическая ситуация. Критики психоанализа отмечают, что теория Т. помимо того, что она содержит присущие ему основные ошибочные постулаты, подменяет реальные, сознательные, рациональные элементы во взаимоотношениях врача и больного, знание которых важно для построения эффективной психотерапии, явлениями иррациональными, искажающими эти взаимоотношения и ограничивающими психотерапевтические возможности врача [Furst J.B., 1957]. Т., считает J.B. Furst, не является зеркалом, отражающим все стоящие перед больным проблемы и его отношения с окружающей действительностью.

**Трансформация бреда** *(лат. transformatio* – превращение). Превращение бреда, изменение его содержания, например, бреда преследования в мегаломанический. Чаще всего совпадает со сменой фаз бредообразования – при перерастании параноидных идей в парафренные [Стоименов Й., Рачев И., 1988].

**Траутмана синдром лагерей уничтожения.** см. *Синдром лагерей уничтожения.*

**Тревога.** Аффект, возникающий в ожидании неопределенной опасности, неблагоприятного развития событий. Т. отличается от страха беспредметностью, тогда как страх – это реакция на конкретную

угрозу. Эта особенность Т., возможно, является следствием неосознаваемости повода возникновения такого рода аффекта. Аффект Т. побуждает человека искать источник возможной опасности, угрозы его благополучию. Отсюда роль Т. в возникновении бреда, особенно персекуторного, и неврозов.

В психологических методиках исследуют конституциональную личностную тревожность и ситуативную Т., характеризующую состояние личности в настоящее время. (см. *Спилбергера шкала тревоги, Тейлор шкала тревоги.*

Т. часто сочетается с бредовыми переживаниями (тревожно-параноидный синдром).

**Тредекафобия** *(лат. tredecium* – тринадцать + фобия). Навязчивый страх, боязнь числа тринадцать.

**Трема** *(греч. trema* – дрожать, трепетать). 1. См. *Бред шизофренический, стадии по Конраду. 2.* Эмоциональное расстройство, близкое к испугу, возникающее перед публичным выступлением или выполнением важных действий. Часто наблюдается при неврозе ожидания.

**Тремор** *(греч. tremor* – дрожу). Дрожание.

**Т. «да»** – частое ритмическое малоамплитудное дрожание головы в сагиттальной плоскости.

**Т. идиопатический.** Врожденное состояние наследственного характера. Может возникнуть в лю-

бом возрасте и продолжается всю жизнь, временами несколько ослабевая, но усиливаясь при волнении.

**Т. интенционный** *(лат. intentio* – намерение, стремление). Обнаруживается при тенденциях к целенаправленной деятельности, усиливается по мере нарастания точности требуемых движений, их дифференцированности.

**Т. истерический.** Возникает психогенно. Отличается неравномерностью амплитуды дрожательных движений, их полиморфным характером, отсутствием ритмичности, угасанием при отвлечении внимания больного.

**Т. «нет».** Частое ритмическое малоамплитудное дрожание головы вокруг вертикальной оси.

**Т. старческий.** Общее дрожание всего тела, распространяющееся и на голову.

**Т. статический** *(греч. stasis* – стояние, застой, неподвижность). Обнаруживается в позе Ромберга при вытянутых вперед руках больного (при незначительной выраженности для выявления Т.с. на пальцы вытянутых рук кладут листок бумаги).

**Тремофобия** *(греч. tremos* – дрожание, *phobos* – страх) [Meige H., 1909]. Навязчивый страх, боязнь дрожания.

**Триада врожденного гомосексуализма** [Свядощ А.М., 1974]. Для врожденной формы гомосексуализма

(активной у женщин и пассивной у мужчин) характерна следующая триада: 1. Наличие с детского возраста тех или иных соматических личностных особенностей противоположного пола. 2. Ощущение своей принадлежности к противоположному полу (нарушение сексуальной аутоидентификации) и в связи с этим стремление фигурировать в качестве лица противоположного пола и носить его одежду. 3. Направленность полового влечения на лиц одноименного пола (инверсия полового влечения). Для реактивно (ситуационно) обусловленной формы гомосексуализма (активной у мужчин и пассивной у женщин) характерно наличие одного лишь третьего признака триады.

**Триада критериев реактивных состояний.** См. *Ясперса триада критериев реактивных состояний.*

**Триада Леннокса.** См. *Леннокса триада.*

**Триада пеллагры.** Наиболее частые симптомы пеллагры: дерматит, диаррея, деменция.

Син.: синдром трех Д.

**Триада признаков бреда.** См. *Ясперса триада признаков бреда.*

**Триада признаков гебефренического синдрома.** См. *Кербикова триада признаков гебефренического синдрома.*

**Триада Протопопова.** См. *Протопопова триада.*

**Триада ревматических психозов Легран дю Сол-**

**ля.** см. *Легран дю Солля триада.*

**Триада Рейхардта.** См. *Рейхардта триада.*

**Триада Серейского.** См. *Серейского этиологическая триада.*

**Триада Сухаревой.** См. *Сухаревой триада.*

**Триада таламическая.** См. *Клагеса триада таламическая.*

**Триада фронтальная.** См. *Мерсье фронтальная триада.*

**Триада Шарко.** См. *Шарко триада.*

**Трибадия** *(греч. tribo* – тереть). См. *Лесбийская любовь.* В более узком смысле под Т. понимают форму женского гомосексуализма, при котором половое удовлетворение достигается путем трения половыми органами о различные части тела партнера, либо попытками введения клитора во влагалище.

**Триолизм** *(греч. tres* – три). Сексуальная перверсия, при которой для получения полового удовлетворения необходимо присутствие третьего лица.

**Трипарез** *(три + греч. paresis* – ослабление). Парез трех конечностей.

**Триплегия** *(три + греч. plege* – удар). Паралич трех конечностей.

**Трихокриптомания** *(греч. tryx* – волос, *kryptos* – скрытый + *мания).* См. *Аутодепиляция.*

**Трихотилломания** *(трихо + греч. tillo* – выдерги-

вать + *мания).* См. *Аутодепиляция.*

**Трихофагия** (*трихо + греч. phagein* – есть). Патологическое влечение к поеданию волос.

**Трихофобия** *(трихо + фобия).* Навязчивый страх, боязнь попадания волос в пищу, на одежду, на поверхность тела.

**Туберкулезофобия** *(туберкулез + фобия).* Навязчивый страх, боязнь заболеть туберкулезом.

Син.: фтизиофобия.

**Тугоподвижность мышления.** Инертность мышления – замедление его темпа и недостаточная подвижность психических процессов. Проявляется в обстоятельности, конкретности суждений, снижении уровня обобщения и отвлечения, склонности к детализации. Наблюдается при эпилепсии и некоторых других органических поражениях головного мозга.

Син.: вязкость мышления.

**Тулуза–Маршана–Куртуа острые азотемические энцефалиты** [Toulouse E., Marchand L., Courtois A., 1930]. Острые психотические состояния с крайне неблагоприятным течением и симптоматикой «острого бреда». В случаях относительно благоприятного исхода психотического приступа в дальнейшем наблюдались картины кататонической или простой формы шизофрении.

По материалам авторов, при вскрытии не было

обнаружено патологии внутренних органов, а также воспалительных изменений в головном мозге. Характерно повышенное содержание азота, мочевины в крови. Современными исследователями [Ромасенко В.А., 1967] рассматриваются как один из вариантов рекуррентной шизофрении в ее начальном остром периоде, аналогично смертельной кататонии.

**Туннелефобия** *(фр. tunnel + фобия).* Навязчивый страх, боязнь следования в транспорте или пешком через туннель.

**Тупость эмоциональная.** Эмоциональное обеднение, утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, эмоциональная холодность, равнодушие, безразличие к родным и близким. Сочетается с апатическими изменениями, нередко – с огрубением чувств, брутальностью. Утрачивается интерес и к самому себе, своему положению, состоянию, отсутствуют какие-либо планы на будущее. Является прогредиентным и необратимым состоянием. Характерный признак шизофренического дефекта, наблюдается также при хронических органических процессах, поражающих кору головного мозга и подкорковые образования, особенно лобной области (прогрессивный паралич).

**Тюремное буйство.** Кратковременное реактивное состояние, наступающее в условиях заключения в

тюрьму и протекающее с аффектом злобы и ярости, резким психомоторным возбуждением, агрессивно-разрушительными действиями. Наблюдается либо сразу после ареста и помещения в тюрьму, либо развивается по типу индуцированного массового психоза у лиц, уже длительное время находящихся в заключении в ответ на какие-то поступки обслуживающего или охраняющего персонала, особенно при одновременном содержании нескольких психопатических личностей.

# У

**Уанье синдром** [Hoigne R., 1962]. Наблюдается как осложнение при введении препаратов пенициллина пролонгированного действия. Возникает остро сразу же после введения и длится несколько минут, но иногда может затягиваться на несколько часов и даже дней, в связи с чем больные иногда госпитализируются в психиатрическую больницу. Характерны психопатологические и соматические симптомы. К первым относятся страх смерти, психомоторное возбуждение, аллопсихическая дезориентировка, чувство беспомощности, слуховые, зрительные и обонятельные галлюцинации, явления деперсонализации. К соматическим симптомам относятся тахикардия, артериальная гипертензия, чувство давления в грудной клетке, кашель, синюшность или бледность кожи, обильное потоотделение, клонические судороги конечностей, парестезии, головная боль и головокружение. В дальнейшем длительное время может сохраняться неврозоподобная (депрессивно-фобическая или анксиозно-фобическая) симптоматика, вегетативные расстройства.

У.с. не вызван анафилактическими явлениями. По мнению автора, он является «токсико-эмболической

реакцией». Отмечена предрасполагающая роль органических поражений центральной нервной системы и различных психопатологических проявлений в анамнезе.

**Убийство.** Противоправное умышленное или неосторожное лишение жизни человека. В психиатрии У. чаще всего рассматривается как результат недостаточной диагностики, плохого лечения или преждевременной выписки психически больного из стационара.

**У. внезапное** чаще всего совершается больными кататонической шизофренией и является следствием импульсивно-агрессивных действий. Иногда стимулом к нему являются бредовые переживания, особенно персекуторный бред, при котором «преследуемый» становится преследователем. Как правило, это наблюдается в случаях нераспознанной параноидной шизофрении и такого рода поступки могут быть первым симптомом психической патологии (см. *Бжезицкого симптом парагномена, Деликт инициальный).*

**У. депрессивное** [Шипковенски Н., 1957]. Может носить характер непрямого (больной совершает преступление, чтобы быть осужденным на смерть), наблюдаться в рамках расширенного самоубийства, совершаться по мотивам танатофобическим (страх смерти в одиночку), искупительным (принесение в

жертву кого-либо из родных или близких для искупления «вины» своей семьи), происходить в состоянии меланхолического раптуса.

У. совершаются больными эпилепсией в состоянии сумеречного расстройства сознания, при тяжелых дисфориях. В ряде случаев У. совершается при исключительных состояниях.

**Узнавание.** Определение воспринимаемого объекта как уже известного по прошлому опыту. У. базируется на сопоставлении образа объекта, полученного в результате процесса его восприятия, опознания, со следами, сохраняющимися в памяти. Различают У. произвольное и непроизвольное. У. оказывается нарушенным при ряде психопатологических феноменов (ложные опознания, «уже виденное» – «никогда не виденное» и др.).

**Узнадзе теория установки** [Узнадзе Д.Н.]. Психологическая теория, согласно которой установка – это целостное изменение личности, возникающее в процессе взаимоотношений организма со средой и определяющее собой всю психическую деятельность. Отражение действительности осуществляется через посредство установки субъекта. Она рассматривается как ключ для понимания единства и целесообразности поведенческой деятельности живого существа. Образование и функционирование установки подчи-

няется физиологическим закономерностям. Различаются основные особенности установки: динамичность – инертность, пластичность – «грубость», вариабельность – контактность, стабильность – лабильность, легкость или трудность возбудимости.

Особенности фиксированной установки являются показателем типологических черт личности человека. Учениками и сотрудниками Д.Н. Узнадзе изучены характерные изменения установки при неврозах, психических заболеваниях, локальных органических поражениях головного мозга [Бжалава И.Т., Бежанишвили Б.И., Цуладзе С.В.].

Теория установки в отечественной психологии привлекается для изучения неосознаваемых форм психической деятельности и своей материалистической детерминированностью противопоставляется психоаналитической концепции бессознательного.

**Умозаключение.** Форма логического мышления, действие, в результате которого из одного или нескольких суждений получается новое, содержащее новое знание. Исходные суждения являются посылками. У. является формой опосредованного познания действительности. У. выводится из суждений, логически связанных. Их объекты – взаимозависимые явления и предметы объективного мира. Суждения и умозаключения образуют логическую фигуру – сил-

логизм. У. дедуктивные характеризуются получением частных выводов из общих посылок, индуктивные – получением общих выводов из частных посылок. В психопатологии наиболее явственно мы сталкиваемся с искажением У. при паралогическом мышлении (см.).

**Умственная жвачка.** См. *Мудрствование навязчивое.*

**Унферрихта–Лундборга болезнь.** См. *Миоклонус-эпилепсия.*

**Уранизм** (по имени греч. бога *Урана).* 1. Мужской гомосексуализм при абсолютном исключении гетеросексуального поведения; 2. См. *Педерастия.*

**Уранофобия** *(урано + фобия).* Навязчивый страх, боязнь смотреть в небо.

**Урбаха–Витте синдром** [Urbach E., Wiethe C., 1924]. Наследственное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек, наличием в них плотных желтоватых протеино-липоидных отложений, папилломатозом, двусторонним внутричерепным кальцинозом («крылья ангелочка»), нарушениями белкового и углеводного обмена. Рано обнаруживается охрипший голос, обусловленный поражением гортани и голосовых связок. Поздно выпадают молочные зубы. Психически – эпилептиформные припадки (большие или психомоторные), значительное

снижение памяти при относительно сохранном интеллекте, явления психического инфантилизма. Тип наследования – аутосомно-рецессивный.

**Урнинг** *(англ. urning).* См. *Педераст.*

**Уролагния** *(уро + греч. lagneia* – похоть, сладострастие). Сексуальная перверсия, при которой половое возбуждение и удовлетворение наступают вследствие манипуляций с мочой партнера или подглядывания во время совершения им акта мочеиспускания.

**Урофобия** *(уро + фобия).* Навязчивый страх, боязнь позыва на мочеиспускание в условиях, где он не может быть реализован (во время публичного выступления, в чужом городе при незнании места расположения общественного туалета и т.п.).

**Установка.** См. *Узнадзе теория установки.*

**Утомление.** Состояние, наступающее в связи *с* интенсивной или длительной деятельностью организма. Характеризуется ухудшением продуктивности рабочих процессов, снижением темпа деятельности и ее качества, появлением характерных ошибок. Легко обнаруживается несложными экспериментально-психологическими методиками (таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба и др.). Получаемые при этом показатели служат проявлением У. умственного, для которого, кроме того, типичны снижение эмоционального тонуса, активности, внимания, инте-

реса к работе. При преобладании снижения эмоциональных реакций и эмоционального тонуса (иногда наблюдается парадоксальность эмоциональных реакций) говорят об У. эмоциональном. В патологии У. приводит к усилению выраженности истощаемости (при астениях различного генеза).

**Утомляемость психическая.** Может носить характер физиологической и патологической. Первая наступает при значительной перегрузке, превышающей индивидуально-типологические особенности человека и после необходимого отдыха, особенно активного, сопровождается реституцией темпа и качества психической деятельности. У.п. патологическая является компонентом астении, она возникает при умственной нагрузке, не превышающей привычную для субъекта и данного вида деятельности, и не обнаруживает достаточной тенденции к обратимости болезненных проявлений; проявляется она явлениями повышенной истощаемости (при меньшей выраженности – по гиперстеническому, при большей – по гипостеническому типу). В психологическом эксперименте обнаруживаются явления недостаточности активного внимания (его сосредоточения, распределения, объема и, особенно, устойчивости), явления повышенной истощаемости с нарушением последовательности мыслительной деятельности при сохраняющейся возмож-

ности коррекции ошибок.

**Ухтомского теория доминанты** [Ухтомский А.А., 1923]. Доминанта – очаг стойкого возбуждения в головном мозге, приобретающий положение временного доминирования над другими его отделами, трансформирующий и направляющий их деятельность. Доминантное возбуждение по принципу отрицательной индукции вызывает торможение других нервных центров. В то же время доминанта привлекает к себе возбуждение, поступающее в другие рефлекторные дуги, суммирует его, усиливается за его счет. Наличие доминанты изменяет координацию деятельности других отделов головного мозга, функционально связанных с доминантным очагом. При чрезмерной стойкости и длительном существовании доминанта превращается в очаг патологически застойного возбуждения (по И.П. Павлову). Особенно выражена ее инертность в коре большого мозга. Наличие патологических доминант объясняет патогенетические механизмы навязчивых и сверхценных идей, галлюцинаций, бреда, двигательных автоматизмов.

**Ушера синдром** [Usher]. Наследственное заболевание. Встречается редко – 3 случая на 100 тыс. населения. Характерны врожденное снижение слуха и прогрессирующий пигментный ретинит в сочетании с умственным отставанием и психотическими наруше-

ниями. Часты реактивные депрессии с суицидальными тенденциями.

# Ф

**Фагофобия** *(греч. phagein* – есть + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь приема пищи из-за опасения подавиться ею.

**Фаза** *(греч. phasis* – проявление). Приступ психического заболевания, по окончании которого не остается существенных признаков психического дефекта ни в мыслительной деятельности, ни личностных изменений. Количество Ф. в течении психоза вариабельно – в некоторых случаях больной за всю жизнь проделывает одну фазу, в других – Ф. очень частые. Симптоматологически Ф. чаще всего оформляются как аффективные или аффективно-бредовые синдромы. Ф. типичны для МДП, при котором они носят характер маниакальных (см. *Мания),* депрессивных (см. *Депрессия)* и сдвоенных (одна фаза сменяется другой без светлого промежутка между ними). Течение биполярное (то есть с противоположными по аффективному заряду Ф.) и монополярное. Последнее некоторыми авторами рассматривается как самостоятельные циклоидные психозы. В некоторой мере условно можно говорить о Ф. при шизоаффективной шизофрении, однако в этих случаях между приступами обнаруживаются признаки психического дефекта, усиливающего-

ся с течением заболевания. Аффективные колебания протекают фазно при некоторых вариантах психопатии, чаще всего – циклоидной.

**Фазмофобия** *(греч. phasma* – призрак + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь призраков, духов, дьяволов и других фантастических существ.

**Фазофрении** *(фаза + греч. phren* – ум, разум) [Kleist K., 1921]. Группа эндогенных психозов, выделяемых по их фазному течению. Патогенез связывался с поражением центральных стволовых механизмов. К Ф. относились психозы настроения (меланхолия, мания, маниакально-депрессивный психоз), аффективные (ажитированный психоз страха, ступорозная депрессия страха, ажитированно-ступорозный психоз страха), бредообразующие аффективные, ипохондрические и аменциальные психозы. Концепцию Ф. развивал K. Leonhard, однако он отказался от принципов мозговой локализации психопатологических симптомов. Атипичные эндогенные психозы K. Leonhard рассматривал преимущественно в рамках циклоидных психозов. В частности, как указывал K. Leonhard [1960], циклоидные психозы в его систематике соответствуют бредообразующим аффективным психозам Клейста.

**Факоматозы** *(греч. phakos* – пятно). Группа наследственно передающихся (по доминантному типу)

заболеваний, характеризующихся наличием опухолевидных образований в различных органах и тканях (коже, ЦНС, сетчатке глаза и др.), прогрессирующей деменцией органического типа, эпилептиформным синдромом. Кожные проявления – участки лейкодермии, гиперпигментации, ангиомы, телеангиэктазии. Включают: туберозный склероз (болезнь Бурневиля), нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена), энцефалотригеминальный ангиоматоз (болезнь Стерджа–Вебера– Краббе), цереброретинальный ангиоматоз (болезнь Гиппеля–Линдау).

Син.: невоидные формы слабоумия *(лат. nevus* – родимое пятно).

**Фактор риска.** Факторы, не играющие роли этиологических, но увеличивающие вероятность возникновения заболевания, например, конституциональная предрасположенность при психогенных реакциях, алкоголизм по отношению к металюэтическим психозам.

**Фаллация** *(лат. phallatia* – обман). Обозначение обманов восприятия, иллюзий, галлюцинаций. Термин устар., неупотребителен.

**Фаллическая фаза** *(греч. phallos* – мужской половой орган). По S. Freud, один из этапов психосексуального развития, формирования либидо. Сменяет анальную фазу. Охватывает возраст от 3 до 5 лет. Характеризуется повышением интереса к гениталиям,

что выражается в частности, в частом в этом возрасте начале мастурбации. Главный символ этого периода – мужской половой орган, фаллос, основная задача – половая идентификация. Мальчик преодолевает бессознательное влечение к матери (Эдипов комплекс), девочка – к отцу (комплекс Электры). Таким образом, мальчик стремится к идентификации с отцом, девочка – с матерью. Фаллическая фаза сменяется нарцистической.

**Фальты синдром** [Falta W., 1912]. Психические и физические нарушения, возникающие в связи с эндокринной недостаточностью, чаще гипотиреоидизмом или поздним евнухоидизмом. Атрофия эндокринных желез обнаруживается, главным образом, у женщин в среднем возрасте, нередко после родов, протекает прогредиентно, приводя к кахексии. Характерны признаки преждевременного старения – сухая морщинистая кожа, выпадение зубов, угасание половых функций. Психически – явления астении, апатии, аутизации, возможны галлюцинаторные и бредовые переживания.

**Фанкони–Шлезингера синдром** [Fanconi G., 1952; Schlesinger B., 1952]. Хроническая идиопатическая гиперкальциемия с остеосклерозом. Характерны нарушения обмена веществ – гиперкальциемия, гиперфосфатемия, гиперазотемия, гиперхолестеринемия,

протеинурия, азотурия, гиперфосфатурия, гиперкальциурия. Низкий рост. Остеосклероз наиболее выражен в костях основания черепа. Часто наблюдаются врожденные пороки сердца, преждевременное зарастание швов черепа, конвергирующий страбизм. Психически – умственное недоразвитие.

**Фантазии бредоподобные.** См. *Бредоподобные фантазии.*

**Фантазии детские патологические.** Усиленное воображение, проявляющееся в высказываниях детей, в содержании их игровых переживаний. Наблюдается при неврозах и шизофрении. Может служить проявлением аутизма (ирреальности), навязчивых или бредовых идей.

**Фантазии истерические.** См. *Псевдология фантастическая.*

**Фантазиофрения** *(греч. phantasia* – воображение, *phren* – ум, разум) [Kleist K.]. Парафренные состояния шизофренического генеза, характеризующиеся сенестопатиями, парамнезиями, бредовыми идеями величия, нарушениями идентификации относительно окружающих больного лиц. По K. Leonhard [1936], относятся к параноидной дефектшизофрении, к ее «идейно богатым» формам, наряду с ипохондрическим и вербальным дефектгаллюцинозами, тогда как к «идейно бедным» формам относятся бессвязная

дефектшизофрения или аутистическая шизофрения. Основное отличие – в преобладании продуктивной или негативной симптоматики.

**Фантазирование истерическое.** См. *Мифомания.*

**Фантазирование патологическое.** Склонность к выдумыванию, сочинительству неправдоподобных историй, в которые сам больной может верить. Наблюдается у психопатических личностей (см. *Синдром Мюнхгаузена),* при шизофрении, маниакальных состояниях.

**Фантазмы** *(греч. phantasma* – призрак, воображение, представление): 1. Образные сценоподобные представления, возникающие без реального раздражителя; относятся к галлюцинациям и псевдогаллюцинациям. 2. Во французской психиатрии понимаются как «фантазии в строгом смысле» – картинные сцены, в которых реализуются осознанные и неосознаваемые желания, своеобразные мечтания наяву; 3. Ф. памяти, не носящие характера заместительных, а придумывающиеся больным, чтобы показать себя с хорошей стороны; различаются Ф. истерические, при которых больной нередко сам верит своим выдумкам (см. *Псевдология фантастическая*, и паралитические, носящие отпечаток деменции и часто являющиеся составной частью паралитического бреда величия.

**Фантом ампутированных** *(фр. fantome от греч. phantasma* – призрак, воображение, представление). Ощущения, чаще всего неприятные, тягостные (боли, парестезии), локализуемые больным в ампутированной конечности. Предположительно связаны с расстройствами схемы тела.

**Фара болезнь** [Fahr T., 1931]. Идиопатический кальциноз стенок сосудов головного мозга с прогрессирующей деменцией. Заболевание возникает в среднем возрасте, носит семейно-наследственный характер. Типична неврологическая симптоматика – экстрапирамидные симптомы, гиперкинезы конечностей, спастические парезы, эпилептиформные припадки.

**Фармакомания** *(греч. pharmakon* – лекарство + *мания).* 1. Стремление к применению различных лекарственных средств или чрезмерно длительное применение какого-либо одного лекарства, при котором нередко обнаруживается токсикоманическая тенденция и вырабатывается физическая и психологическая зависимость; 2. Массовое употребление населением больших количеств лекарственных средств, обычно снотворных, транквилизаторов.

**Фармакопсихиатрия** *(фармако + психиатрия).* Раздел психиатрии и фармакологии, изучающий действие психотропных препаратов в норме и патологии.

**Фармакофобия** *(фармако + фобия).* Навязчивый страх, боязнь принимать лекарства.

**Фасцинация** *(лат. fascinatio)* [Esdaile, 1847]. Сосредоточение взгляда гипнотизируемого на гипнотизирующем или на специальном предмете (блестящий металлический шарик).

**Фебрильный** *(лат. febris* – лихорадка). Относящийся к лихорадке, повышенной температуре тела. Например, фебрильная шизофрения, фебрильные судороги.

**Феллация** *(лат. fello* – сосать). Форма мужского гомосексуализма с орально-генитальным сексуальным контактом.

Син.: минет, пенилинкция.

**Феминизация** *(лат. femina* – женщина). Появление у мужчины вторичных половых признаков по женскому типу вследствие нарушений функции желез внутренней секреции.

**Феминизм.** Наличие у мужчины присущих женщинам личностных свойств и поведенческих реакций, включая мимику и пантомимику. Сочетается с феминизацией.

**Фенилкетонурия** [Folling J.A., 1934]. Одна из форм олигофрении, обусловленная наследственными нарушениями аминокислотного обмена. Задержка психического и моторного развития обнаруживается в

первые месяцы после рождения. Наиболее часто умственное недоразвитие достигает степени имбецильности или идиотии, однако возможна и меньшая его выраженность. В первые 2-3 года жизни отмечается прогредиентная динамика слабоумия, затем уровень интеллектуальной недостаточности стабилизируется и обнаруживаются признаки эволютивной динамики. Недоразвитие речи, дефекты произношения. Общее недоразвитие – низкий рост, физический инфантилизм, гипопигментация. Чувствительность к свету. Гипергидроз. Нарушения моторики и тонуса. Иногда – врожденные уродства типа spina bifida, заячьей губы, волчьей пасти.

Характерны нарушения аффективной сферы (эмоциональная монотонность, трудности контакта), отмечаются приступы психомоторного возбуждения, эпилептиформные припадки, ступорозные и субступорозные состояния, часты неврозоподобные состояния.

Заболевание передается по аутосомно-рецессивному типу. Нарушения обмена вызваны наследственной неполноценностью гена, контролирующего синтез фермента фенилаланингидроксилазы, что приводит к накоплению в организме фенилаланина и его токсических производных. При этом также отмечается дефицит тирозина и недостаточный синтез катехола-

минов. Нервная система в раннем возрасте особенно чувствительна к токсическому воздействию указанных продуктов нарушения метаболизма (незрелость центральной нервной системы, проницаемость гематоэнцефалического барьера). Патоморфологически – нарушения миелинизации, глиоз, микрогирия, уменьшение массы мозга.

Син.: фенилурия, фенилпировиноградная олигофрения, синдром Фёллинга, болезнь Фёллинга.

**Феномен Боткина.** См. *Боткина феномен.*

**Феномен запоздалой реактивности** [Шевалев Е.А., 1935]. Описан при «отставленных» реактивных состояниях, как бы отодвинутых на некоторый период от психогении. Такого рода запаздывающие реактивные состояния связываются либо с наличием моментов, тормозящих психическую переработку впечатлений, либо с замедлением самой переработки. При этом реактивные проявления по своему содержанию могут быть как непосредственно связанными с психической травмой («понятными»), так и измененными в силу процесса их внутренней переработки. Период между воздействием психогении и появлением запоздалой реакции характеризуется как интрапсихическая стадия реакции. Прогноз запаздывающих реакций менее благоприятен, чем своевременных, так как они отличаются большей продолжитель-

ностью фиксации отрицательных, психогенно-травматических впечатлений и их длительной внутренней переработкой.

**Феномен Зейгарник.** См. *Зейгарник феномен.*

**Феномен Маннкопфа.** См. *Маннкопфа феномен.*

**Феномен Моли.** См. *Моли феномен.*

**Феномен олицетворенного осознания.** См. *Олицетворенного осознания феномен.*

**Феномен ощущения отсутствия конечностей.** См. *Пика феномен ощущения отсутствия конечностей.*

**Феномен присвоения.** См. *Присвоения феномен.*

**Феномен Тарханова.** См. *Тарханова феномен.*

**Феномен тождества.** См. *Каннера феномен тождества.*

**Феномен умолкания.** Внезапное, полное или частичное, исчезновение психопатологической симптоматики. Оценивается в соответствии с характером психического расстройства (процесс, фаза, эпизод), может быть признаком начала диссимуляции.

**Феноменологическое направление** *(греч. phainomenon* – необычное явление). Течение в психиатрии, ведущее происхождение от философии E. Husserl, считавшего, что о психической жизни человека можно судить в категориях феноменологических, то есть только по характеру проявлений психического,

тогда как сущность психической болезни, закономерности ее течения непознаваемы. Таким образом, отрицается реальная возможность выделения нозологических единиц. Каждый случай психоза, как считал A. Meyer, это неповторимый факт, эксперимент природы. В этом отношении Ф.н. сближается с экзистенциализмом.

**Фенотип** *(греч. phaino* – являть, проявлять + *тип).* Совокупность всех свойств и признаков индивида, сформировавшихся на определенной стадии развития в результате взаимодействия генотипа с окружающей средой.

**Феофраста симптом** [Блейхер В.М., Завилянская Л.И., 1982]. Один из признаков изменений личности при старении. Наблюдается в возрасте 55-60 лет и характеризуется не соответствующим возрасту поведением (повышенная активность, недостаточная самокритичность, оживление интереса к модной одежде, стремление к завязыванию отношений со значительно более молодыми людьми, оживление сексуальных интересов, активное посещение танцевальных вечеров). Типичны изменения уровня притязаний, завышенная самооценка, гипертимные особенности личности. Грубая сосудистая патология отсутствует. В основе – возрастное усиление типологических (гипертимная акцентуация) свойств личности.

Назван по имени *Феофраста,* философа античной Греции, ученика и продолжателя Аристотеля. В своей книге «Характеры» Феофраст описал опсиматию, обозначающую не подобающее пожилому возрасту поведение.

**де Фержаль Ластени синдром.** Наблюдается у психопатических личностей и проявляется в тенденции искусственно вызывать у себя кровотечения или препятствовать их остановке. В результате – гипохромная анемия. Назван по имени героини романа Барбе д'Оревийи «Повесть без заглавия».

**Фетишизм** *(фр. fetiche* – идол, талисман) [Binet A., 1887]. Сексуальная перверсия, вид нарушения психосексуальных ориентации по объекту. Половое возбуждение и наслаждение достигаются в связи с восприятием вещей, принадлежащих особам другого пола, особенно предметов интимной одежды и туалета. Эти вещи рассматриваются, ощупываются, прикладываются к собственному телу и, таким образом, вызываются яркие эротические представления. Встречаются почти исключительно у мужчин, проявляется впервые часто в возрасте полового созревания.

Син.: идолизм, символизм.

**Фетопатия** (лат. *fetus* – порождение, потомство, *греч. pathos* – страдание, болезнь). Патология плода, возникающая с начала 4-го лунного месяца бе-

ременности и проявляющаяся аномалиями развития или врожденными болезнями, например, врожденным токсоплазмозом.

**Фёллинга болезнь.** См. *Фенилкетонурия.*

**Фёллинга проба** [Folling J.A.]. Диагностическая реакция, основанная на обнаружении в моче фенилпировиноградной кислоты по появлению сине-зеленой окраски после добавления к моче хлорида железа. Служит для лабораторной диагностики фенилкетонурии.

**Фидлера симптом** [Fiedler C.L.A., 1875]. Появление эйфории после введения наркотиков. Является признаком наркомании.

**Физиогномика** *(греч. physis* – природа, *gnomen* – познание). Учение о выражении человека в чертах лица и формы тела. В донаучный период Ф. предпринимались попытки на основании внешних мимических проявлений, иногда по сходству лица человека с животными [Lavater J.K., «Физиогномические фрагменты...», 1775-1778], судить о его характере, личностных свойствах. В настоящее время особенности мимики и пантомимики человека изучаются с научной позиции и используются в психиатрической диагностике [Сухаребский Л.М., 1966; K. Leonhard, 1975].

**ФИЛАТ** [Чуприков А.П., 1977] – физиотерапия латеральная. Группа методов, использующих направ-

ленные изменения межполушарных взаимоотношений при психических нарушениях с помощью относительно слабых или физиологических латерализованных раздражителей: субсенсорной электростимуляции, цвето– и звукораздражителей. Эффективны в пограничной психиатрии, лечении аффективных нарушений, могут использоваться для потенцирования инсулинокоматозной терапии, психофармако– и психотерапии.

**Филицид** *(лат. filia* – дочери, *caedo* – убивать). Убийство собственных детей. Часто наблюдается при депрессиях в рамках расширенного суицида.

**Филлипсона тест** [Phillipson H., 1955]. Проективная методика, включающая в себя элементы теста Роршаха и тематического апперцептивного теста Мюррея-Морган. Обследуемому предлагают для описания три серии картинок (по четыре в каждой), на которых изображены неотчетливые единичные и объединенные в группы фигуры людей. Часть картинок выполнена в пастельных тонах, остальные черно-белые. Интерпретация аналогична таковой при исследовании тестом Роршаха и тематическим апперцептивным тестом.

**Филоклейзия** *(греч. phileo* – любить, *kleisis* – закрывание). Явление, противоположное клаустрофобии (см.).

**Флагелляция** (*лат. flagello* – бить, бичевать). Сексуальная перверсия, при которой половое возбуждение и удовлетворение сопряжены с избиением партнера. См. *Садизм, Мазохизм, Садомазохизм.*

**Фобии** (*греч. phobos* – страх). См. *Навязчивые страхи.*

**Фобия космического пространства** [Kerry R.J., 1960]. Навязчивые опасения, относящиеся к возможности космических катастроф, ненадежности движений земного шара, возможности столкновения в космическом пространстве с другими планетами, кометами, спутниками. Возникают у ананкастических психопатов и являются отражением влияния социальных факторов на тематику психопатологических переживаний, в частности, неврозов.

**Фобофобия.** Навязчивый страх, боязнь появления фобических симптомов.

Син.: страх страха, фобия фобии.

**Фокальный** (*лат. focus* – очаг). Относящийся к очагу патологического процесса, функциональному или органическому. Пример первого, эпилептический очаг, второго – эпилептогенный очаг.

**Фокомелия** (*греч. phoke* – тюлень, *melos* – часть тела, конечность). Наследственная патология, вид дизонтогении. Характерно недоразвитие или отсутствие предплечий. Руки больного напоминают ласты мор-

ского льва. Кисти рук и стопы как бы прикреплены непосредственно к туловищу. Глубокое слабоумие. Такого же рода проявления наблюдались при приеме беременными талидомида.

**Фонастения** *(греч. phone* – звук, речь + *астения)* [Flatau E.]. Тихая, недостаточно модулированная речь, переходящая в шепот или беззвучное шевеление губ. Наблюдается при депрессивных состояниях. При углублении депрессии достигает степени афонии.

Син.: симптом тихой речи.

**Фонемы.** Словесно оформленные слуховые галлюцинации. Противоположны акоазмам – словесно неоформленным слуховым галлюцинациям (шумы, стуки и т.п.).

**Фонография** *(фоно + греч. grapho* – чертить, писать) [Trammer M., 1958]. Симптом отставленной во времени эхолалии. Дословно, с теми же интонациями (см. *Вернике истинная эхолалия)* повторяются давно слышанные слова или фразы. Воспроизведение их оказывается неожиданным и не вытекает из ситуации. Описан при детской шизофрении. Рассматривается как симптом кататонического ряда [Ачкова М., 1981].

**Фонопсия** *(фоно + греч. opsis* – зрение). Вид синестезии – раздражение одного анализатора приводит к

возбуждению другого.

Син.: цветной слух.

**Фонофобия** *(фоно + фобия).* См. *Акустикофобия.*

**Формикация** *(лат. formicatio* – муравей). 1. Тактильные галлюцинации в форме чувства ползания по коже муравьев, других насекомых; наблюдаются при делириозных состояниях, интоксикации кокаином; 2. Парестезии в форме чувства ползания по коже мелких насекомых, муравьев.

**Формула внушения.** Словесная формулировка, применяемая в процессе психотерапии. Характер ее зависит от метода психотерапии, направленности ее на определенную симптоматику, особенностей больного (свойства личности, интеллектуальный уровень, отношение к лечению и врачу). Ф.в. при гипнозе носит название гипнемы.

**Форпостсиндромы** *(голл. Voorpost* – передовой пост) [Huber G., Gross G., 1959]. Острые и кратковременные, эпизодические психотические состояния, предшествующие шизофреническому процессу и отделенные от него различной длительности периодом относительного благополучия, во время которого явная психопатологическая симптоматика не обнаруживается, отсутствуют заметные психические расстройства, нарушения поведения. Рассматриваются как форма дебюта шизофрении.

**Форристов проба** [Forrest F.M., Forrest G.S., 1957]. Предложена для контроля за приемом аминазина. Основана на определении в моче производных фенотиазина с помощью реактива, содержащего растворы хлорида железа и серной кислоты. По характеру цветной реакции можно судить о суточной дозе аминазина. С помощью Ф.п. можно выявить больных, уклоняющихся от приема аминазина, а также принимающих избыточные дозы препарата.

**Форсированная нормализация электроэнцефалограммы** [Landolt H., 1955]. Быстрая нормализация показателей электроэнцефалограммы (уменьшение или исчезновение пароксизмальной активности) под влиянием противосудорожного лечения больных эпилепсией, соответствующая снижению частоты или полному исчезновению судорожных припадков, однако, при этом отмечается появление психотических состояний (сумеречных расстройств сознания, дисфорий, шизофреноподобных картин). По мнению автора, «насильственная нормализация» ЭЭГ является коррелятором психотических эпизодов. По данным С.А. Чхенкели и Т.Ш. Геладзе [1979], этот феномен чаще всего наблюдается при височных формах эпилепсии, а клинические психотические проявления при нем обусловлены существованием очага в пределах лимбической системы при относительной недостаточ-

ности восходящих тормозных влияний ствола мозга.

Син.: «насильственная» нормализация электроэнцефалограммы.

**Фотопсии** *(греч. phos* – свет, *opsis* – зрение). Появление в поле зрения движущихся фигур, точек, пятен и др., чаще всего светящихся, блестящих. Наблюдаются при заболеваниях сетчатки, как психопатологический феномен – элементарные зрительные галлюцинации.

**Фотофобия** *(фото + фобия)* 1. Возникновение судорог при световом раздражении (при бешенстве); 2. Повышенная чувствительность к дневному свету или ночному освещению – болезненность, слезотечение, блефароспазм (наблюдается при заболеваниях роговицы, ирите и иридоциклите).

**Франкля метод логотерапии.** См. *Логотерапия.*

**Франкля метод парадоксальной интенции** [Frankl V.E., 1961]. Один из приемов логотерапии. Больному предлагают пусть даже на секунду пожелать себе то, чего он опасается. Интерпретируется с позиций экзистенциального анализа. По V.E. Frankl, все виды страха есть боязнь и бегство от пугающего, навязчивость рассматривается как боязнь навязчивости и т.п. Таким образом, симптом болезненного расстройства рассматривается как боязнь аномалии. Применяется для преодоления фобических и ананка-

стических симптомов, анксиозных проявлений в рамках невроза ожидания.

**Фреголи симптом.** Описан Courbon P. и Fail G. [1927] и назван по имени известного в то время комика-трансформатора. Больные утверждают, что их преследователь меняет свою внешность, чтобы остаться незамеченным. В отличие от бреда интерметаморфозы меняется только внешность преследователя.

**Фрейда механизмы психологической защиты** [Freud S., 1894] Концепция о защитных механизмах личности, позволяющих преодолеть психическую травму. По S. Freud, защитные механизмы бессознательно подавляют и вытесняют из сознания ту информацию, которая не соответствует требованиям моральной цензуры. Различались такие виды механизмов психологической защиты, как вытеснение, образование противоположной реакции, проекция, вымещение, рационализация, сублимация. A. Freud [1964] выделяла 10 форм механизмов психологической защиты. Концепцию механизмов психологической защиты можно рассматривать и вне психоаналитических представлений, придающих особое значение психобиологическим импульсам вроде полового инстинкта. Объектами защитных механизмов могут быть любые социально-культурные стремления и черты, противоречащие самосознанию личности; за-

щитные механизмы призваны поддерживать целостность, устойчивость индивидуального самосознания в условиях, когда конфликт различных установок ставит его под угрозу [Кон И.М., 1967].

В отечественной медицинской психологии психологическая защита рассматривается как механизм субклинического реагирования сознания на психическую травму, приводящий к перестройке в системах взаимосвязанных установок, в субъективной иерархии ценностей, направленный на нейтрализацию психической травмы [Бассин Ф.В., Рожнов В.Е., Рожнова М.А., 1974]. Отмечается, что проявления защиты отражают динамику осознаваемых переживаний не в меньшей мере, чем осознаваемое смутно, либо вовсе не осознаваемое.

**Фрейда принцип реальности** [Freud S.]. Одно из положений теории S. Freud (см.), согласно которому поведение человека, направленное на удовлетворение его влечений и желаний, корригируется условиями окружающей действительности.

**Фрейда принцип удовольствия** [Freud S.]. Положение учения S. Freud, согласно которому в основе поведения человека с раннего детства лежит стремление к достижению удовольствия и избежанию неудовольствия.

**Фрейда теория** [Freud S.]. Субъективно-идеали-

стическое учение в психологии и психиатрии, рассматривающее психическую деятельность человека в плане постоянной борьбы между сознательным и бессознательным, при доминирующем значении последнего. Бессознательное трактуется как извечная «душевная субстанция», иррациональное, неподвластное никакому контролю и признающее лишь два принципа существования – принцип удовольствия и принцип агрессии, разрушения. В качестве неизменной двигательной силы психической деятельности рассматриваются инстинкты, а развитие личности определяется, главным образом, инстинктами половым и самосохранения. Сознание человека якобы не детерминируется условиями внешнего мира, а определяется постоянно идущими из бессознательного импульсами. Поведение человека и наблюдающиеся в клинике психопатологические симптомы представляются как проявление (в замаскированном, символическом виде) вытесняемых «цензурой» и неприемлемых для сознания низменных инстинктов и влечений. На их основе возникают «комплексы», рассматриваемые как основа невротических и психотических расстройств. В объяснении психической деятельности в норме и патологии исключительное значение придается сексуальным моментам, регрессии либидо на якобы проходимые каждым человеком в детстве стадии эроти-

ческого развития.

Неофрейдисты [E. Fromm, K. Horney], возражая против чисто биологического понимания бессознательного и придавая значение в формировании психики факторам культурным и социальным, трактуют их опять-таки в плане врожденной силы бессознательного, с позиций психоанализа. Возможность познания психических конфликтов, проявляющихся в подавлении чувств и стремлений, сводится ими к искусству толковании фрагментов бессознательного.

В Ф.т. современные исследователи находят и «рациональное зерно» – интерес к изучению проблем несознаваемых форм психической деятельности, выделение механизмов психологической защиты.

**Френокардия** *(греч. phren* – ум, разум, *cardia* – сердце). Психогенно обусловленные боли в области сердца.

**Френология** *(френо + греч. logos* – речь, учение) [Gall F.J., 1758-1828]. Псевдонаучная концепция о якобы имеющемся соответствии между формой черепа и психическими особенностями человека, его способностями, личностными свойствами. Оказавшись несостоятельной в научном отношении, Ф. тем не менее стимулировала изучение морфологии и физиологии ЦНС, выдвинула в наивной форме положения о возможности локализации в головном мозге психиче-

ских функций.

**Фрешельса синдром** [Froeschels E., 1931]. Детский логоневроз, заикание.

**Фригидность** (*лат. frigiditas* – холод). Аноргазмия у женщин, неспособность к переживанию оргазма. По А.М. Свядощу [1984], различают Ф.: ретардационную, связанную с некоторым запаздыванием (ретардацией) психосексуального развития; симптоматическую, являющуюся проявлением какого-либо заболевания (органические поражения ЦНС, интоксикации, эндокринные нарушения); психогенную, возникающую вследствие торможения сексуальных функций психогенными факторами; конституциональную, в основе которой лежит врожденная недостаточность психосексуальных функций. Выделяют также нимфоманическую Ф., при которой, несмотря на выраженные чувственные ощущения в начале полового акта, женщина не достигает оргазма. Интенсивное желание смещается досадой, недовольством партнером и поиском новых [Matussek P., 1959].

**Фридмана синдром** [Friedmann M., 1883]. Посттравматическая энцефалопатия. Чувство тяжести в голове, головная боль, головокружение, повышенная утомляемость, бессонница, речевая заторможенность. Иногда в спинно-мозговой жидкости – повышенное содержание белка.

**Фридмена–Роя синдром** [Friedman A.P., Roy J.E., 1944]. Своеобразная форма врожденного слабоумия, характеризующаяся задержкой умственного развития степени имбецильности или идиотии, недоразвитой психомоторикой, конвергирующим страбизмом, гиперрефлексией, появлением патологических рефлексов (рефлекс Бабинского), различными пороками развития стоп. Наследственная патология (аутосомно-рецессивный тип передачи).

**Фридрейха болезнь** [Friedreich N., 1863]. Наследственно-семейное заболевание, характеризующееся прогрессирующей атаксией и пирамидными парапарезами. Постепенно нарастают потеря координации и нарушения произвольных движений. Начинается в детском возрасте (от 6 до 12 лет). В психике – безынициативность, вялость, сужение круга интересов. Нередко сопровождается умственным недоразвитием. Речь скандированная или эксплозивная. Нистагм, двигательное беспокойство. Расстройства глубокой и вибрационной чувствительности. Исчезают сухожильные рефлексы, появляются патологические (рефлекс Бабинского). Типичны изменения осевого скелета – кифосколиоз, деформации стоп. Тип наследования – рецессивный.

Син.: семейная атаксия, наследственная атаксия.

**Фроттаж** *(фр. frottage* – натирание). Сексуальная

перверсия у мужчин. Половое возбуждение и удовлетворение достигаются трением полового члена об верхнюю одежду женщин в многолюдных общественных местах (в магазинах, транспорте).

**Фроэна–Нонне синдром** [Froin G., 1903; Nonne M., 1908]. Характерные для органических поражений, приводящих к компрессии спинного мозга, изменения спинно-мозговой жидкости: ксантохромия, белково-клеточная диссоциация, высокое содержание белка, коагуляция (выпадение желеобразного осадка) и повышение давления спинно-мозговой жидкости.

Полный Ф.-Н.с. наблюдается при опухолях головного мозга.

**Фтириофобия** *(греч. phteir* – вошь + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь вшивости.

**Фуга** *(лат. fuga* – бегство, бег). Разновидность амбулаторного автоматизма. Проявляется кратковременными эпизодами двигательного возбуждения в форме элементарных стремительных движений и действий (больные сдирают с себя одежду, куда-то бегут). По окончании эпизода расстроенного сознания отмечается амнезия перенесенного. Ф. наблюдаются в рамках сумеречных расстройств сознания при эпилепсии и органических психозах, протекающих с эпилептиформными синдромами.

**Функелстайна тест** [Funkelstein, 1957]. Прогности-

ческая проба для определения характера реагирования больных на электросудорожную терапию. Положительно оценивается подъем систолического давления до 6,7 кПа (50 мм рт.ст.) после внутривенного введения 5 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида и появление озноба со снижением артериального давления в течение 25 мин после введения 0,01 гацетилметилхолина.

**Фухс–Роршаха тест** [Drey-Fuchs Ch., 1958]. Проективная методика, параллельная Роршаха тесту. Для исследования используются 10 таблиц с черно-белыми и цветными пятнами. Аналогична Бена–Роршаха тесту. Предназначена для повторных исследований больных, ранее обследованных с помощью теста Роршаха.

**Фьямберти метод терапии** [Fiamberti, 1950]. Применение для активной терапии психозов так называемых ацетилхолиновых шоков. Коматозное состояние вызывается внутривенным введением бромацетилхолина. Мало распространен.

# Х

**Хайнриха методика** [Heinrich K., 1960]. Целенаправленная провокация психопатологических симптомов. С диагностической целью провоцируется возникновение шизофренической симптоматики назначением больным антидепрессантов. У больных шизофренией с малой выраженностью психотической симптоматики после приема антидепрессантов (марсилид, ниаламид) бурно проявляются бредовой симптомокомплекс и галлюцинации. При других психических заболеваниях и у здоровых этот феномен отсутствует.

**Хайрофобия** *(греч. chairo* – радоваться + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь появления чувства радости, веселья в неподобающей обстановке, например, на похоронах.

**Ханта миоклоническая мозжечковая диссинергия** [Hunt R.J., 1921]. Синдром, в состав которого входят миоклония действия и симптомы мозжечковых или мозжечково-спинальных расстройств. Однако, в отличие от Ханта прогрессивной мозжечковой диссинергии, в структуру данного синдрома входят также спорадические спонтанные миоклонии и (или) первично генерализованные эпилептические припадки.

Наблюдается при дегенеративных изменениях в зубчатом ядре мозжечка и красном ядре среднего мозга.

**Ханта прогрессивная мозжечковая диссинергия** [Hunt R.J., 1914]. Синдром, характеризующийся миоклонией действия в сочетании с мозжечковыми или мозжечково-спинальными расстройствами. ЭЭГ при этом – без существенных отклонений. Судорожные пароксизмы, как спонтанные, так и в связи со световой стимуляцией, отсутствуют.

**Ханта синдром** [Hunt R.J., 1917]. Ювенильная форма дрожательного паралича. Начинается в возрасте от 13 до 30 лет. Симптоматика подобна таковой при болезни Паркинсона. Носит спорадический или семейный характер. Дрожание вначале отмечается в какой-либо одной конечности и носит ритмический характер. Маскообразное лицо, брадикинезия, дизартрия, монотонная речь, изменения осанки, повышен мышечный тонус. Морфологически – поражение стриопаллидарной системы, моторных клеток полосатого тела.

**Характер** *(греч. charakter* – отличительная черта, особенность). Совокупность стабильных индивидуальных особенностей личности, складывающаяся и проявляющаяся в деятельности и общении, являющаяся основой присущих конкретной личности форм поведения. Х. – психическая индивидуальность че-

ловека в его своеобразии [Лебединский М.С., Мясищев В.Н., 1966]. Х. формируется на базе свойств темперамента – динамической характеристики личности, являющейся его аффективной, чувственной основой. Соотношения между вариантами Х. и основными проявлениями темперамента неоднозначны. Одни и те же свойства темперамента могут привести к различным особенностям Х. – это определяется условиями воспитания и жизненного пути индивида, зависит от всего хода его общественно-морального, интеллектуального и эстетического развития [Рубинштейн С.Л., 1946]. Своеобразие Х. обусловлено общественным бытием личности, тогда как темперамент меньше зависит от особенностей среды и воспитания. Х., в основном, определяет такую важную составную структуру личности, как ее направленность.

**Характер истерический.** Включает в себя повышенную впечатлительность, живость воображения, чрезмерную внушаемость и самовнушаемость, демонстративность, театральность, жеманную манерность, утрированный характер внешних проявлений эмоций, их несоответствие глубине переживаний, инфантильную окраску, гротескность, капризность, волевую неустойчивость (бесплановость воли, по E. Kraepelin). В.Я. Семке [1988] отмечает также особую, присущую истеричным, личностную реакцию на бо-

лезнь – жажда чужого внимания и умение извлекать пользу из играемой роли при сохранении многоплановости отношений между людьми («условная приятность или желательность» болезненного симптома, по А.М. Свядощу [1982]).

**Характер патологический** См. *Психопатии.*

**Характер психастенический.** См. *Психастения.*

**Характер эпилептический.** Наблюдается при длительном течении эпилепсии, иногда он развивается даже при относительно редких припадках. Нерезко выраженные характерологические отклонения могут наблюдаться у больных эпилепсией еще до появления пароксизмов. Сопутствует прогрессирующей деменции, характеризующейся вязкостью мышления. Типичны явления повышенной возбудимости со склонностью к застреванию аффекта, недоверчивость, подозрительность, несоразмерность аффективных реакций вызвавшему их поводу. Наряду с этим часты льстивость, угодливость, подобострастие. Нередко черты дефензивности и эксплозивности уживаются у одного и того же больного (см. *Кречмера пропорции темперамента, Глишроидия).* Характерны черты эгоизма, эгоцентризма, холодности, безразличия к окружающим и, в то же время, особой привязанности к вещам. Эгоистические тенденции проявляются в своеобразной ипохондричности, повышенной

заботе о своем здоровье. В трудовой деятельности больным эпилепсией присущи чрезвычайная усидчивость, трудолюбие, аккуратность, педантичность, скрупулезность.

**Характера антиномии** *(характер + греч. antinomia* – противоречие в законе). Наличие противоречивых тенденций, влечений, реакций, обусловленных сочетанием в характере индивида противоположных черт. Х.а. – причина известных парадоксальных проявлений, присущих тому или иному характеру. Парадоксальность характера наблюдается в норме и патологии, однако признаки ее качественно отличны.

**Характерограмма** [Ewald G., 1924]. Формула характера человека, составляемая из выражаемых количественно, по десятибалльной шкале, показателей, обозначающих степень выраженности характерологических радикалов. Под радикалами, корнями характера, понимались психические функции, к которым G. Ewald сводил многообразие свойств характера индивида. Свойства личности рассматривались в плане реакций на факторы внешней среды, в соответствии с переживаниями человека. Различались шесть видов радикалов характера: 1) способность запечатлевать в сознании переживания высшего разряда, эмоционально окрашенные; 2) способность к удержанию этих переживаний в сознании; 3) способ-

ность восприятия впечатлений от переживаний, связанных с примитивными Эго-побуждениями; 4) способность к удержанию в сознании переживаний, связанных с побуждениями, впечатлениями Эго; 5) интеллектуальный контроль, регулирование переживаний; 6) способность к переключению переживаний, от которой зависит стенический или астенический характер поступков человека. По G. Ewald, характерограмма, с учетом особенностей интеллекта и характеристики окружающей среды, позволяет прогнозировать индивидуальный тип психотических реакций (психогенных).

**Характерологические реакции** *(характер + греч. logos* – учение, наука). Психогенные реакции, при которых клиническая картина ограничена усиленными личностными чертами, присущими больному преморбидно. Эти черты лишь реактивно гипертрофированы. См. *Ганнушкина эпилептоидный тип реакции, Фрумкина шизоидный тип реакции.*

**Характерология.** 1. Наука о характерах. Разрабатывает вопросы систематики и диагностики типов характера. 2. Относящееся к характеру, его проявлениям, например, Х. реакции.

**Характеропатии** *(характер + греч. pathos* – болезнь, страдание). Психопатоподобные состояния, характеризующиеся дисгармонией личности с заост-

рением отдельных ее свойств и являющиеся результатом органического поражения головного мозга (характеропатический вариант органического психосиндрома). Различие этиологических моментов обусловливает известную клинико-психопатологическую специфичность Х. Основные варианты Х. – алкогольная, посттравматическая, постэнцефалитическая, атеросклеротическая, эпилептическая.

**Харпаксофобия** *(греч. harpax* – разбойник + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь разбойников.

**Хартнапа болезнь.** Названа по имени пациента, у которого впервые наблюдалась. Заболевание наследственное, передается по рецессивному типу. Возникает в связи с нарушением обмена в организме триптофана и других аминокислот. Характерны фотосенсибилизация кожи и приступообразно возникающие неврологические симптомы (атаксия, мозжечковый тремор). Олигофрения не во всех случаях. Относится к ферментопатиям.

Описана D.N. Baron, C.E. Dent, H. Harris, E.W. Hart [1956].

**Хаузера Каспара синдром.** Психопатологический симптомокомплекс, наблюдаемый у людей, выросших в одиночестве, лишенных в детстве общества людей. Характеризуется явлениями социальной и педагогической запущенности при наличии обострен-

ной чувствительности. Выделен K. Weise [1966] и назван по имени известного своей таинственной судьбой юноши *Каспара Хаузера,* который был при загадочных обстоятельствах обнаружен в 1828 г. на рыночной площади Нюрнберга. В то время его интеллектуальное развитие соответствовало трехлетнему возрасту, хотя выглядел он примерно 16-летним. Через 3 года его интеллектуальное развитие уже соответствовало восьмилетнему возрасту. В 1838 г. он был смертельно ранен неизвестным лицом и скончался. Существуют предположения о том, что Каспар Хаузер – сын герцога баденского от первой жены, по желанию мачехи на много лет был замурован в погребе и питался только хлебом и водой, доставлявшимися ему во время сна. Каспар Хаузер – герой одноименного социально-этического романа немецкого писателя Якоба Вассермана.

**Хейлофагия** *(греч. cheilos – губа, phagein* – есть). Навязчивое действие, постоянное прикусывание губ.

**Хеймофобия** *(греч. cheima* – зима + *фобия).* См. *Психрофобия.*

**Хенретти синдром** [Hanratty J.F., 1966]. Невротический симптомокомплекс, наблюдаемый у женщин, которые кроме ведения хозяйства регулярно работают вне дома. Характерны астения, снижение общего тонуса, эмоциональная лабильность, плохой сон, раз-

дражительность, нетерпимость к домашним, чувство усталости по утрам, частая головная боль, расстройство пищеварения, снижение либидо.

**Хефта синдром** [Haft]. Совокупность изменений психической деятельности при эпилепсии. Торпидное, обстоятельное, со склонностью к детализации мышление, узость круга интересов, потеря чувства юмора.

**Хека–Хесс опросник** [Hock K., Hess E., 1975]. Личностный опросник для выявления неврозов. Содержит перечисление 63 наиболее часто встречающихся в жалобах больных неврозами симптомов. Количественная оценка ответов производится с учетом возраста обследуемого. Помимо диагностики возможного невротического состояния, вычисляется также индекс эмоциональности, который может указывать на преобладание психосоматических или психоневротических расстройств.

**Хилофобия** *(греч. hyle* – лес + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь леса (заблудиться в лесу, встретиться со зверями).

**Хипенгиофобия** *(греч. hypengion* – ответственность + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь ответственности.

**Хлестакова синдром** [Семке В.Я., 1988]. Вариант особенностей личности у истероидных психопатов с

явлениями псевдологии. Это обычно самодовольные беззастенчивые вруны, хвастуны с невысоким интеллектуальным уровнем, не забывающие о своих корыстных интересах, выгоде. Характерна экспрессивность, политематическая лживость, большой пафос, стремление к самоутверждению в глазах окружающих. При разоблачении эти пациенты не проявляют обескураженности и легко и быстро находят выход из положения, в котором они очутились.

Хлестаков – главный персонаж пьесы Н.В. Гоголя «Ревизор».

Ср.: Мюнхгаузена синдром, Манилова синдром.

**Хлорализм.** Токсикомания, связанная со злоупотреблением хлоралгидратом.

Син.: хлораломания.

**Хлороформомания.** Токсикомания, связанная со злоупотреблением хлороформом в виде ингаляций или per os.

**Хольцмана тест чернильных пятен** [Holtsman W.H., 1968, 1975]. Близок к тесту Роршаха, отличается от него большей стандартизацией, четкими психометрическими установками. Для исследования используются 2 параллельные серии, содержащие каждая по 45 карточек с черно-белыми и цветными пятнами. По каждой карточке обследуемый дает один ответ. Различают 22 типа ответов, соответствующих ос-

новным переменным теста Роршаха, а также трем дополнительным переменным (патогномоническая вербализация, тревожность, враждебность).

**Хоппе методика исследования уровня притязаний** [Hoppe F., 1930]. Экспериментально-психологическая методика, направленная на исследование личностных реакций. Используется набор заданий как возрастающей степени трудности, так и равноценных. Учитывается реакция обследуемого на успешное или неуспешное решение задания. Оценивается характер формирования уровня притязаний, соотношения между уровнями притязаний и достижений. Используются варианты методики Б.И. Бежанишвили [1967], В.К. Гербачевского [1969], Н.К. Калиты [1971], В.М. Блейхера [1971].

**Хореомания** *(греч. choreia* – хоровод, пляска + *мания).* Разновидность психических эпидемий, «танцевальное помешательство». См. *Тарантизм.*

**Хореопаты** *(хорео + греч. pathos* – страдание, болезнь) [Kehrer F.A., 1939]. Психопатические личности, являющиеся близкими родственниками больного хореей Гентингтона. У больных хореей Гентингтона преморбидные характерологические изменения очень часты, наблюдаются, по Э.Я. Штернбергу [1967], примерно в 60% случаев и носят характер проявлений повышенной возбудимости и взрывчатости, замкнуто-

сти и эмоциональной холодности, склонности к истерическим реакциям. Такого рода психопатические (психопатоподобные) явления наблюдаются и у их близких родных; эти случаи можно рассматривать как редуцированный вариант заболевания, «гентингтоновский эквивалент», что соответствует выделению биотипа хореи Гентингтона, характеризующегося слабой выраженностью или отсутствием двигательных расстройств [Davenport C.D., Muncie, 1916].

**Хорея большая.** Одна из форм наблюдавшихся в средние века психических (истерических) эпидемий. Проявлялась интенсивным психомоторным возбуждением, некоординированными движениями, подергиваниями и судорогами на фоне суженного сознания.

Син.: хореомания.

**Хорея Гентингтона.** См. *Гентингтона хорея.*

**Хорея молниеносная.** См. *Дубини синдром.*

**Хорея Сиденгама.** См. *Сиденгама хорея.*

**Хрематофобия** *(греч. chremata* – деньги + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь прикоснуться к бумажным деньгам, монетам. Иногда сочетается с мизофобией.

**Хроматофобия** *(греч. chroma* – цвет, окраска + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь какого-либо цвета, окрашенных в него предметов.

Син.: хромофобия.

**Хронический** *(греч. chronikos* – длительный, долго-

временный). Протекающий длительное время, затяжной. Применяется по отношению к заболеванию, патологическому процессу.

**Хронификация.** Приобретение процессом, болезнью хронического течения. Так, говорят о тенденции к Х. депрессивных фаз МДП в пожилом возрасте.

**Хроногнозия** *(греч. chronos* – время, *gnosis* – познавание). Способность определять продолжительность отрезка времени, продолжительность и последовательность событий. Нарушается при некоторых психозах и органических поражениях головного мозга. См. *Синдром динамической хроногнозии.*

**Хронотараксия** *(хрон + греч. tharaxis* – расстройство). Нарушение восприятия времени. Больной дезориентирован во времени, не может назвать число, месяц, время года, время суток. При этом нередко отмечается замедление или ускорение субъективного восприятия течения времени. Характерна для органических поражений головного мозга, особенно при наличии двусторонней патологии таламических ядер.

**Хронофобия** *(хроно + греч. phobos* – страх). Невротический страх времени. Особенно часто возникает в ситуации тюремного заключения – длительность срока осуждения повергает человека в ужас, отбытие его представляется нереальным. Х. выделяется клинически как форма так называемого тюремного нев-

роза. Возникает обычно внезапно, после объявления приговора и угасания надежды на новое разбирательство дела, исчезновения чувства новизны обстановки. Нередки состояния паники: вторично, в связи с Х., возникают явления клаустрофобии. Характерны тревожность, беспокойство, бессонница, разочарование в жизни, ипохондрические переживания. Первоначальная интенсивность симптоматики со временем угасает, хотя возможны менее выраженные рецидивы. Больной превращается во флегматика, автоматически существующего в условиях тюремной изоляции, ничем не интересующегося, живущего примитивными потребностями сегодняшнего дня.

**Хронофрения** *(хроно + греч. phren* – ум, разум) [Petho B., 1985]. Попытка выделить заболевание из группы функциональных психозов, протекающих длительное время (свыше 12 лет) без якобы существенного психического дефекта, с полной социальной адаптацией. Характерен бред, напоминающий явления ауторедупликации, феномен «уже виденного», – так, больная утверждает, что уже прожила такую же жизнь, якобы раньше пользовалась как и сейчас вязальной машиной, однажды уже окончила университет. При этом отмечается повышенное настроение, нарушено восприятие перспективы времени. С наибольшей вероятностью можно думать, что речь идет

о парафренной шизофрении.

**Хульные мысли.** Разновидность контрастных навязчивых состояний; характерно неприлично-циническое их содержание, несоответствие ситуации.

**Хэтеуэя–Маккинли личностный опросник MMPI** [Hataway S., McKinley J., 1946]. Один из наиболее распространенных в клинической психологии методов исследования личности по самооценке. Оценка результатов количественная, результаты группируются по шкалам депрессии, истерии, мании, психопатии, шизофрении, паранойи и т.д. Полученные при исследовании данные позволяют характеризовать позицию больного (по оценочным шкалам) и его личностный профиль, относительно характерный для того или иного вида патологии. В клинике профиль личности MMPI рассматривается как отражение особенностей психопатологического синдрома, а не нозологической принадлежности [Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В., 1976]. В нашей стране методика модифицировалась [Мирошников М.П., Березин Ф.Б., 1967; Собчик Л.Н., 1971], наиболее распространен вариант опросника, адаптированный и стандартизированный в Ленинградском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Соответственно результатам составляется «профиль личности». Не имеет нозологически-диагности-

ческого значения, характеризует синдромологически личностные особенности обследуемого.

# Ц

**Цветовой интерьер.** Сочетание цветовых компонентов отделки и оборудования помещения. Играет важную роль в вопросах организации трудовых процессов. Известно значение Ц.и. для создания среды в лечебных учреждениях. Влияние цвета на аффективное состояние больного было показано исследованиями В.М. Бехтерева. Особенно значительную роль Ц.и. играет в пограничной психиатрии, при лечении депрессивных больных (хроматотерапия – лечение цветом), являясь вспомогательным терапевтическим фактором.

**Целера–Гризингера–Неймана концепция единого психоза** [Zeller E.A., 1838; Griesinger W., 1865; Neumann H., 1859]. Сложившаяся в 40-60-е годы прошлого века, преимущественно в немецкой психиатрии, под влиянием взглядов J. Guislain, система взглядов на то, что существует некое единое психическое расстройство, течение которого характеризуется четырьмя следующими друг за другом стадиями: меланхолией, манией, безумием и деменцией. W. Griesinger различал наступающую вслед за манией стадию безумия, то есть аффективно-бредовых расстройств и сменяющую ее стадию сумасшествия, то

есть галлюцинаторно-бредовых расстройств. Согласно W. Griesinger, болезненный процесс на одной из этих стадий может остановиться, обратимым же он является лишь на стадиях аффективных и аффективно-бредовых расстройств. Концепция единого психоза знаменовала отказ от симптоматологического подхода к изучению психозов и способствовала разработке и изучению общепатологических и патогенетических их основ, заложила начало психиатрии течения, придающей первостепенное значение исследованию динамики психических заболеваний. В последующие годы отмечался как полный отказ от концепции единого психоза, так и возврат к ней в работах ряда психиатров.

В современной зарубежной психиатрии [Wyrsch J., 1956; Conrad K., 1959; Janzarik W., 1959] развивается концепция единого эндогенного психоза, на одном полюсе которого выделяются депрессивные и маниакальные состояния при циркулярном психозе, на другом – прогредиентно текущая простая шизофрения, а в качестве промежуточных этапов рассматриваются эндогенные психозы с фазным течением и наличием в клинической картине бреда и чувства измененной личности или приступообразные формы без полной ремиссии с дефектом. Во взглядах некоторых исследователей концепция единого психоза сочетается с

антинозологизмом, примером чего является эргазиология A. Meyer.

В отечественной психиатрии значение концепции единого психоза усматривается в выявлении общепатологических закономерностей, свойственных всем психическим заболеваниям и обнаруживающихся при анализе их клинической симптоматики и течения. Эти закономерности возникновения и развития психического заболевания должны учитываться при дальнейшей разработке психиатрической нозологии [Штернберг Э.Я., 1973; Снежневский А.В., 1973, 1975].

**Цельса болезнь** [Celsus A.C.]. Каталепсия. Характерно длительное сохранение телом больного и отдельными его членами приданной позы.

Синдром каталепсии наблюдается при кататонической шизофрении, при истерии (носит приступообразный характер) и в гипнотическом состоянии. Цельс Авл Корнелий – древнеримский ученый и писатель, автор трактата в восьми книгах «О медицине», содержащего описание ряда заболеваний.

**Ценестезия** *(греч. kenon* – пустота, *aisthesis* – чувство, ощущение). Утрата чувства собственного «Я», проявление деперсонализации.

**Цензура внутрипсихическая.** Понятие психоанализа, введенное S. Freud для обозначения гипотетической инстанции, исполняющей роль своеобразно-

го фильтра для идущих из бессознательного в сознание импульсов и не пропускающего, вытесняющего неприемлемые для сознания, большей частью сексуальные, влечения и инстинкты.

**Церемониал ананкастический** *(лат. ceremonia* – святость, почитание, культ). См. *Ритуал.*

Син.: церемониал компульсивный.

**Церебрастения** *(лат. cerebrum* – головной мозг + *астения).* Одно из проявлений органического психосиндрома. Характеризуется астенией в сочетании с головными болями, головокружениями, некоторым ослаблением памяти, явлениями повышенной истощаемости интеллектуально-мнестической деятельности, вазовегетативными расстройствами. В зависимости от этиологических моментов различают Ц. атеросклеротическую, посттравматическую и т.д.

**Церебропатия** *(церебрум + греч. pathos* – страдание, болезнь). См. *Энцефалопатия.*

**Цереброспинальная жидкость.** Жидкая среда, заполняющая полости спинного и головного мозга. Выделяется в полость желудочков хориоидными железами заднего, промежуточного и переднего мозга. Лабораторные исследования Ц.ж. имеют важное значение для диагностики и дифференциальной диагностики органических заболеваний ЦНС.

Син.: ликвор, спинно-мозговая жидкость.

**Цефалголепсия** *(греч. kephale* – голова, *algos* – *боль, 1epsis* – схватывание, нападение, приступ) [Воронков Г.Л., 1983]. Форма детской эпилепсии, характеризующаяся появлением в возрасте 2-4 лет мигренозных приступов без судорожных проявлений, неврологических знаков, энуреза и психических изменений по психоорганическому или эпилептическому типу. На ЭЭГ – гиперсинхронные генерализованные разряды. Прогноз благоприятный, приступы исчезают после пубертатного периода.

**Циклические формы раннего слабоумия** *(греч. cyklos* – круг) [Dunton W.R., 1910]. Одно из первых описаний атипичной, циркулярной формы шизофрении, выделенной позже E. Kraepelin [1913]. Было отмечено, что при циркулярном течении заболевания наблюдается прогредиентность психического дефекта.

**Цикличность влечений.** Синдром, описанный Wulff, характеризующийся периодами депрессии, ощущения своего уродства, переедания или непомерно большого употребления в пищу жидкости, которые сменяются периодами нормального или приподнятого настроения, ощущения собственной красоты и гармоничности поведения. Наблюдается преимущественно у женщин. Может рассматриваться как вариант циклотимии.

**Циклосомия** *(цикло + греч. soma* – тело) [Плетнёв

Д.Д., 1927; Краснушкин Е.К., 1948]. Форма циклотимии, внешне напоминающая невротические состояния и характеризующаяся соматической окрашенностью депрессивных проявлений. Больные жалуются на чувство усталости, общую слабость, отмечаются ипохондрические ощущения. Соматические симптомы представляют при этом истинное проявление болезненного процесса, а не просто сопутствуют ему. В современной психиатрии Ц. соответствует понятие ларвированной (маскированной) депрессии. Д.Д. Плетнёв пользовался понятием «соматическая циклотимия», понятие «циклосомия» введено Е.К. Краснушкиным.

**Циклотимия** *(цикло + греч. thymos* – настроение) [Kahlbaum K., 1882]. Первое описание Ц. как облегченного варианта рудиментарной формы циркулярной везании. Психопатологические симптомы нерезко выражены, первичными являются изменения в аффективной сфере. По современным представлениям, Ц. является легкой формой маниакально-депрессивного психоза, фазы носят характер субдепрессивных и гипоманиакальных. Возможно затяжное течение фаз.

В понимании E. Kretschmer [1921], Ц. – тип личности, вариант темперамента, наблюдающийся обычно при пикнической конституции и характеризующийся наклонностью к фазным колебаниям настроения. По

E. Kretschmer, Ц. является вариантом нормы, в рамках психопатий ей соответствует циклоидия, в группе психозов – маниакально-депрессивный психоз. Близко к кречмеровскому понимание Ц. П.Б. Ганнушкиным [1933], рассматривавшим Ц. как конституциональное заболевание. Ц. в понимании E. Kretschmer соответствует и выделенный K. Leonhard [1964] циклотимический тип личностной акцентуации.

В современной германской психиатрии термин Ц. используется как синоним маниакально-депрессивного психоза [Schneider К., Weitbrecht H.J., Kolle К.].

**Циклотимоподобные расстройства.** Нерезко выраженные аффективные (субдепрессивные и гипоманиакальные) состояния, наблюдающиеся при вялом течении некоторых психических заболеваний, не относящихся к МДП (например, при шизофрении, посттравматической энцефалопатии, церебральном атеросклерозе и т.д.).

**Циклофрения** *(цикло + греч. phren* – ум, разум). См. *Психоз маниакально-депрессивный.*

**Циклофрения привитая** *(нем. Pfropfcyclophrenie).* МДП, протекающий у олигофренов или больных, страдающих органическим поражением головного мозга.

**Цистицеркоз.** Паразитарное заболевание, поражение цистицерками свиного цепня (Taenia soleum).

Цистицерковые пузыри могут достигнуть значительной величины, в окружающих тканях наблюдается воспалительная реакция. Головной мозг один из объектов наиболее частой локализации пузырей. Страдают полушария, желудочки мозга и его основание. При поражении полушарий наблюдаются, главным образом, симптомы раздражения коры, а не выпадения ее функций. Особенно часты эпилептиформные полиморфные проявления. Наблюдаются корсаковский, депрессивный и галлюцинаторно-параноидный синдромы. Болезненные симптомы отличаются множественной очаговостью, нестойкостью, нередко протекают с длительными ремиссиями (отмирание пузырей). Общие симптомы – головная боль, головокружения, рвота, застойные соски зрительных нервов, возможны состояния нарушенного сознания.

Желудочковый Ц. протекает с симптоматикой псевдотумора, базальный (рацемозный–ветвистый) – по типу базального менингита.

**Цуллигера тест** [H. Zulliger, 1959, 1969]. Проективная методика, являющаяся сокращенным вариантом теста Роршаха (см.). Может использоваться для групповых и индивидуальных исследований. Применяется как самостоятельно, так и для ретестирования при необходимости проведения повторного исследования по методу Роршаха через непродолжительный интер-

вал времени.

**Цьеве синдром** [Ziewe L.]. Характерен для алкоголиков с поражением печени и включает в себя анорексию, тошноту, слабость, озноб, боль в верхней части живота, субфебрильную температуру, дрожание. Характерны гиперхолестеринемия или гиперлипемия, желтуха, гемолитическая анемия.

# Ч

**Чейна болезнь** [Cheyne G., 1733]. Старинное название ипохондрии.

**Черлетти–Бини метод электросудорожной терапии.** [Cerletti U., Bini L., 1938]. Электросудорожная терапия. Один из активных методов лечения психических заболеваний. Используется переменный электрический ток напряжением 120 или 220 В, силой от 50 до 100 мА. Экспозиция – 0,1-0,5-1 с. Электроды накладываются на височные области. Для избежания осложнений, связанных с сильными мышечными судорогами, вводят миорелаксанты. Курс лечения – от 2-3 до 12 сеансов, проводимых через два дня. Показания: шизофрения, чаще при длительном течении и резистентности по отношению к инсулину; аффективные и кататонические приступы шизофрении; особенно – гипертоксическая, фебрильная шизофрения; терапевтически резистентные циркулярные депрессии; инволюционные депрессии.

См. также *Теннона метод монолатеральной электросудорожной терапии.*

**Чжень-цзю-терапия.** Лечебный метод китайской народной медицины, заключающийся в терапии иглоукалываниями (чжен, акупунктура) и прижиганиями

(цзю, мокса). Относится к рефлексотерапии.

**Чижа симптомы** [Чиж В.Ф.]: 1) особый, тускло-металлический, напоминающий оловянный, блеск глаз у эпилептиков [1900]; 2) склерозированные и извитые височные артерии, особенно – слева, при сифилисе головного мозга и прогрессивном параличе [1912].

**Чителли синдром** [Citelli S.]. Психические изменения, наблюдающиеся при некоторых оториноларингологических заболеваниях (аденоиды, синуситы). Характерны умственная отсталость, явления психического инфантилизма, нарушения внимания, особенно его сосредоточения, вялость, безинициативность, плохой сон.

**Чифиризм.** Разновидность неалкогольной токсикомании. Употребление концентрированного отвара чая (чифиря), являющегося стимулятором ЦНС. Прием чифиря способствует гипертимии, вызывает психомоторное возбуждение, ускорение протекания ассоциативных процессов. Длительное злоупотребление приводит к аффективной неуравновешенности, явлениям психопатизации. Возникает физическая привязанность. Особенно легко привыкание возникает у психопатических личностей астенического круга и неустойчивых.

**Чолакова метод «декапсуляции»** *(греч. de* – прекращение, *лат. capsula* – коробочка, шкатулка) [Чола-

ков К., 1932, 1933, 1939]. Психотерапевтический метод, основанный на гипнокатарзисе (см. *Катарзис).* Изживание психической травмы производится на фоне создаваемой в легком гипнозе гипермнезии. Предпочтительно для этого используются сомнолентность или гипотаксия. В отличие от психоанализа отреагирование эмоций не играет основной роли, на первый план выдвигается потребность осознания психической травмы.

Син.: психофизиологическая «декапсуляция».

**Чувства гностические** [Меграбян А.А., 1959]. Высшие человеческие чувства, складывающиеся из эмоций и представлений. К элементам чувства прибавляются и познавательные элементы, к единичным образам внешних предметов, своего тела, а также к словесным образам присоединяется предшествующий накопленный обобщенный опыт в форме системных автоматизированных чувствований гностического характера. Ч.г. обобщают предшествующие знания о предмете и слове в конкретно чувственной форме, обеспечивают чувствование принадлежности психических процессов нашему «Я», личности, включают в себя эмоциональный тон соответствующей окраски и интенсивности. Патология Ч.г. наиболее ярко проявляется в деавтоматизации психических процессов, в структуре синдрома деперсонализации.

**Чувствительность.** Способность организма воспринимать раздражения, исходящие из внешней среды или от внутренних органов и тканей. Физиологической основой Ч. является деятельность анализаторов, то есть процесс передачи импульсов, возникших в связи с воздействием раздражителей, в ЦНС. В основе классификации видов Ч. лежит систематика видов рецепции и связанных с ними субъективных переживаний. В связи с этим различают экстероцепторы, воспринимающие раздражения извне, и интероцепторы, воспринимающие раздражения, возникающие в самом организме. При более дифференцированном различении выделяют Ч. болевую (ноцицептивную), висцеральную, вкусовую, глубокую (проприоцептивиую), дирекционную (по некоторым свойствам окружающей среды формируется ориентировка в пространстве, выделяется определенное направление), дискриминационную (различительную), дифференциальную (способность воспринимать различие в интенсивности раздражителей), интероцептивную, кожную, обонятельную, проприоцептивную, световую, слуховую, температурную, экстероцептивную, электрокожную, сложную (интегративное восприятие раздражителей рецепторами различной модальности).

По Н. Head [1920], различают также филогенети-

чески более древнюю протопатическую *(греч. protos* – первый, первичный, *pathos* – болезнь, страдание) и филогенетически новую эпикритическую *(греч. epikrisis* – суждение, решение) Ч. Первая характеризуется повышением порога восприятия, качественным отличием восприятия от нормального, диффузным характером ощущений, вызываемых внешними раздражителями; качество раздражения дифференцируется недостаточно ясно, но при известной интенсивности раздражений они вызывают резкое чувство неприятного. Эпикритическая Ч. характеризуется более низким порогом раздражения, способностью восприятия легкого прикосновения, точной локализацией внешнего раздражения, более совершенным распознаванием качества внешнего раздражителя. Указанные виды Ч., по М.И. Аствацатурову [1936], лежат в основе форм эмоций (см. *Эмоций формы по Аствацатурову).*

**Чувство беспредметное.** Определение аффективных состояний, характеризующихся неопределенностью содержания и отсутствием конкретной причинной связи с ситуацией (страх, тоска, тревога, внутреннее беспокойство, беспричинное веселье, счастье и др.).

**Чувство локализации.** См. *Топогнозия.*

**Чувство неполноценности.** См. *Комплекс непол-*

*ноценности.*

**Чувство овладения.** Один их феноменов, входящих в структуру синдрома психического автоматизма. Характерна бредовая убежденность больного в том, что его действия, мысли, слова, чувства – результат внешнего воздействия, влияния преследующих его людей, сам же больной утратил контроль над своими психическими актами.

**Чувство потери чувств.** См. *Анестезия психическая болезненная.*

**Чувство сделанности.** Частый признак псевдогаллюцинаций, один из этапов формирования возникающего в связи с псевдогаллюцинациями бреда. По М.И. Рыбальскому [1989], Ч.с. это осмысление больным причины появления псевдогаллюцинаций. Оно само еще не имеет сюжета, но предшествует бреду, обладающему сюжетом, фабулой. Предполагается, что между ощущением сделанности псевдогаллюцинаций и появлением их бредовой интерпретации проходит какое-то время [М.И. Рыбальский, 1989].

# Ш

**Шавани синдром** [Chavani J.A.]. Приступообразные, персистирующие головные боли, особенно усиливающиеся при эмоциональной нагрузке, утомлении или при длительной фиксации головы в одном положении. Сочетаются с повышенной утомляемостью, сонливостью или бессонницей, нейровегетативными расстройствами. Наблюдается при обызвествлении серпа твердой мозговой оболочки, возможно, наследственного генеза.

Син.: Шавани мигрень.

**Шарко большая истерия** [Charcot J.M., 1889]. Истерия, протекающая в виде больших судорожных припадков, на фоне истерических стигм, являющихся постоянными признаками заболевания (расстройства чувствительности, глухота, сужение полей зрения, парезы, параличи), спастические расстройства.

**Шарко–Кожевникова болезнь** [Charcot J.M., 1869, Кожевников А.Я., 1883]. Хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, этиологически неоднородное (в большинстве случаев инфекционного происхождения). Клинически – периферические и центральные параличи, повышение сухожильных и периостальных рефлексов, появление патологиче-

ских рефлексов. При локализации процесса на уровне от коры полушарий до структур мозгового ствола (церебральная форма) возможны психические расстройства, бульварные явления.

**Шарко малая истерия** [Charcot J.M., 1889]. Истерия с двигательными расстройствами в виде тика, тремора, подергиваний отдельных мышц.

**Шарко триада** [Charcot J.M., 1865]. Считалась специфичной для рассеянного склероза, включает в себя нистагм, интенционный тремор, скандированную речь. Указанные симптомы входят в Марбурга пентаду, более патогномоничную для этого заболевания.

**Шарпантье феномен** [Charpentier]. Усиление ажитированной депрессии при изменении окружающей больного обстановки. Наблюдается при эндогенных, циркулярной и инволюционной депрессиях, старческих и атеросклеротических психозах.

**Шегрена болезнь** [Sjogren T., 1955]. Наследственное заболевание, характеризующееся сочетанием врожденной двусторонней катаракты с олигофренией и мозжечковой атаксией.

**Шегрена–Ларссона болезнь** [Sjogren T., Larsson T., 1956, 1957]. Наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом передачи. Поражает оба пола. Характерно сочетание олигофрении различной степени выраженности с врожденными эритродерми-

ей и ихтиозом и спастическими параличами. Умственная недостаточность не прогрессирует.

Наблюдаются эпилептиформные припадки, перерождение сетчатки, гипертелоризм, дисплазия зубов. Возможны гипофизарные расстройства.

**Шерешевского–Тернера синдром** [Шерешевский Н.А., 1925, Turner J., 1938]. Наследственное заболевание, обусловленное хромосомной патологией (отсутствие одной X-хромосомы). Наблюдается только у женщин. Характерны низкий рост, половой инфантилизм, недоразвитие половых органов, вторичных половых признаков, широкие крыловидные кожные складки, идущие от затылка к предплечью, короткая шея, пигментные пятна на коже.

В психике в ряде случаев легкое умственное недоразвитие, явления психического инфантилизма.

**Шизокарность** *(греч. schizo* – раскалывать, расщеплять, разделять, *kara* – голова, вместилище разума) [Mauz F.]. Признак особо неблагоприятного, злокачественного течения шизофренического процесса с быстрым развитием исходного состояния. См. *Шизофрения шизокарная.*

**Шизоневроз** *(шизо + невроз).* См. *Шизофрения неврозоподобная.*

**Шизонойя** *(шизо + греч. noeo* – воспринимать, мыслить) [Pichon E.]. Термин, обозначающий диссо-

циацию сознательных и неосознаваемых установок личности, проявляющуюся в нарушениях ее психической активности. Codet и Lafforgue понимают под шизонойей все наблюдающиеся у психически больных аффективные нарушения, развивающиеся в связи с расстройствами эволюции инстинктов и приводящие к неправильному поведению. С этой точки зрения Ш. рассматривается как компенсаторная тенденция к аутистической активности, наблюдающаяся при различных неврозах, шизофрении в понимании E. Bleuler, раннем слабоумии E. Kraepelin, дискордантном помешательстве P.H. Chaslin. По мнению A. Porot [1965], столь значительная широта понятия Ш. в значительной мере снижает его научную ценность.

**Шизопатия** *(шизо + греч. pathos* – болезнь, страдание) [Bleuler E., 1920]. Резко выраженная шизоидия, шизоидная психопатия.

**Шизопараграфия** *(шизо + пара + греч. grapho* – писать) [Bobon G., 1950]. Симптом, характеризующийся нелепым включением в слова при письме ненужных букв. Иногда является выражением кататонической стереотипии.

**Шизопаралексия** *(шизо + пара + греч. lexis* – чтение) [Bobon G., 1950]. Симптом, аналогичный предыдущему, но наблюдается при чтении, когда больной вводит в слова лишние, ненужные звуки-паразиты.

**Шизофазия** *(шизо + греч. phasis* – речь) [Kraepelin E., 1913]. Своеобразное проявление мыслительно-речевых расстройств при шизофрении. Первоначально выделялась как особая форма шизофрении, при которой резко выраженная разорванность и совершенно непонятная речь контрастируют с внешней упорядоченностью, известной доступностью и относительной интеллектуальной и аффективной сохранностью больных. Характерна повышенная речевая активность, речевой напор. Выражен симптом монолога, характеризующийся речевой неистощимостью и отсутствием потребности в собеседнике. В настоящее время рассматривается как этап течения параноидной шизофрении [Вроно М.Ш., 1959]. По A. Kronfeld [1940], Ш. близка к разорванности, общим для них является важная роль в формировании клинической картины психомоторно-кататонических динамизмов. Описаны случаи, когда Ш. проявлялась только в письменной речи (шизография) [Levi-Valensy J., Migault P., Lacan J., 1931].

**Шизофрении длительные формы** *(шизо + греч. phren* – ум, разум) [Schneider K., 1922]. Длительные, затягивающиеся па много лет, приступы Ш., наблюдающиеся при подостром течении шизофренического процесса или как длительный этап неблагоприятного течения после катастрофического сдвига при злока-

чественном течении. Состояние больных относительно стабилизируется и симптоматика теряет спою яркость, однако решающее значение для клинической оценки и прогноза этих состояний имеют не симптомы дефекта, поскольку истинные его размеры в этот период определить трудно, а закономерности динамики еще активного процесса [Мелехов Д.Е., 1963].

**Шизофрении систематика Леонгарда** [Leonhard K., 1957]. Различаются формы системные (типичные) и несистемные (атипичные). Несистемные близки к циклоидным психозам. Общее название Ш. для системных и несистемных форм K. Leonhard рассматривает лишь как дань традиции. К системным формам относятся системные парафрении, гебефрении и кататонии. Они отличаются медленным началом, определенной симптоматикой и течением с образованием специфического дефекта. Системные формы могут носить характер простых или комбинированных. Несистемные формы – аффективная парафрения, шизофазия и периодическая кататония. Они протекают ремиттирующе, шубообразно, и дефектные изменения при них менее выражены. При аффективной парафрении, наряду с бредом величия и преследования, отмечаются аффективные расстройства в виде состояний экстаза, страха и раздражительности. Шизофазия, по K. Leonhard, не соответствует понима-

нию E. Kraepelin, ее границы расширены, она сближается, с одной стороны, с психозами спутанности и страха-счастья, с другой – с периодической кататонией. На первом плане при шизофазии выступают расстройства мышления и речи, но могут наблюдаться и кататонические, и парафренные симптомы.

**Шизофрении формы по Снежневскому** [Снежневский А.В., 1969]. Систематика форм Ш., в основу которой положен принципиально различный характер их течения при единстве симптоматологии и тенденций динамики патологического процесса, стереотипа развития заболевания. Различаются непрерывнотекущая, рекуррентная и приступообразно-прогредиентная Ш. Каждая из этих форм включает в себя различные клинические варианты (см. *Шизофрения).*

**Шизофреническая реакция.** См. *Реакции шизофренические, шизофренные.*

**Шизофренический дефект.** Патологические изменения личности, наступающие при течении шизофренического процесса и отчетливо обнаруживающиеся в период ремиссии, когда в известной мере затухает процессуальная симптоматика. Состояние дефекта обладает известной подвижностью за счет входящих в него функциональных, обратимых, расстройств. Основные симптомы Ш.д. – снижение, редукция энергетического потенциала, аутизм, эмоциональное отупе-

ние. Динамика Ш.д. обнаруживается как при его углублении, так и при известном ослаблении степени выраженности дефектных расстройств в связи с уменьшением глубины функционально-динамического компонента дефекта. А.Г. Амбрумова [1962] различает компенсированные и декомпенсированные резидуально дефектные состояния. При полной их декомпенсации, считает автор, можно говорить об исходных состояниях (см.). Основное отличие Ш.д. от исходного состояния в практической необратимости последнего. Ш.д. является понятием динамическим, а не статическим, тогда как исходное состояние – это стабилизовавшийся тотальный дефект [Перельман А.А., 1944).

Син.: остаточные резидуальные состояния [Mayer-Gross W., 1955].

**Шизофренический спектр** [Ketty S.S., 1968; Rosenthal D., 1975). Концепция, согласно которой шизофрения рассматривается в контексте группы шизофреноподобных психозов, в том числе и протекающих стерто, неманифестно. Основой для изучения расстройств Ш.с. послужили исследования близких родственников больных шизофренией. По А. Жабленскому [1986], Ш.с. в свете современных данных включает: 1) «твердый» спектр (прогредиентные формы шизофрении, пограничные формы – латентная шизофрения); 2) «мягкий» спектр (острые шизофрено-

подобные психозы, шизотипные личности, «мягкие» неврологические синдромы, являющиеся признаком возможного дизонтогенеза ЦНС и часто встречающиеся у родственников больных шизофренией).

**Шизофрения.** Эндогенное прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся диссоциацией психических функций и протекающее с обязательным развитием психического дефекта в эмоционально-волевой сфере и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (бред, галлюцинации, аффективные расстройства, кататонические симптомы и др.).

В клинической картине Ш. выделяют триаду основных, облигатных симптомов – аутизм, расщепление и эмоциональное отупение. Название заболевания происходит от слова «расщепление». Расщепление проявляется характерной для Ш. диссоциацией, дискордантностью психических функций.

Заболеваемость Ш. выше всего в подростковом и юношеском возрасте, а также в возрасте 20-29 лет.

Имеются данные об этиологической роли генетических факторов, полученные как клинически, так и специально проводившимися исследованиями (изучение конкордантности близнецов, «стратегия приемных детей» и др.). Тип наследования шизофренических психозов не выяснен, высказано предположение

о том, что различные клинические формы Ш. генетически отличаются друг от друга различными констелляциями ряда дискретных наследственных факторов, уникальная комбинация которых создает своеобразие клинических картин заболевания и течения различных его форм [Вартанян М.Е., 1983].

Син.: Блейлера болезнь, преждевременное слабоумие, дискордантное помешательство, раннее слабоумие.

**Ш. амбулаторная** [Zilboorg G., 1956]. Относительно доброкачественно протекающая Ш., клиническая картина которой характеризуется, главным образом, неврозоподобной симптоматикой. Больные поддаются психотерапевтическому воздействию. Понятие, аналогичное «мягкой» Ш.

**Ш. асимптоматическая** [Гиляровский В.А., 1933]. Выделение предманифестной фазы в течении шизофренического процесса, когда еще отсутствует явная клиническая симптоматика заболевания, однако на экзогенные вредности нервная система реагирует шизофренической симптоматикой. Таким образом, выделенные Каном шизоидного типа реакции и Поппером шизофренного типа реакции рассматриваются как проявление реакции скрыто протекающего шизофренического процесса на экзогению. До начала асимптоматической фазы реакции будущего больно-

го шизофренией соответствуют обычным экзогенного типа реакциям, обнаружение шизофренических симптомов рассматривается как признак уже текущего шизофренического процесса. Понятие асимптоматической фазы шизофрении соответствует представлениям E. Bleuler о латентной Ш.

**Ш. атипическая** [Bostroem A., 1938]. Одно из описаний так называемых краевых психозов. Нетипичность проявляется в симптоматике и формах течения заболевания, в особенностях формирования дефекта. Рассматривается также как неблагоприятно протекающий вариант циклоидного психоза.

**Ш. гебефреническая.** Чаще всего – вариант злокачественной юношеской Ш. Как правило, при этом наблюдается сочетание гебефренической и кататонической симптоматики, что служит основанием для обозначения синдрома как гебефрено-кататонического [Снежневский А.В., 1983] или кататоно-гебефренического [Личко А.Е., 1979]. Возможны эпизодические галлюцинации и отдельные бредовые переживания. Выделяется специфическая форма гебефренического дефекта [Личко А.Е., 1989]. В тех случаях, когда гебефреническая симптоматика удерживается в течение нескольких лет, отмечается своеобразная остановка психического развития на возрасте манифестирования заболевания. Дефект носит характер апати-

ко-абулического. См. *Гебефрения, Синдром гебефренический, Кербикова триада гебефренического синдрома.*

**Ш. гебоидная.** Вариант юношеской шизофрении, дебютирующей гебоидными расстройствами. Течение гебоидного синдрома неоднородно – в одних случаях речь идет об относительно благоприятно протекающей малопрогредиентной Ш., в других гебоидная симптоматика скоро регрессирует и отмечаются тяжелые психотические формы. Выделены в динамике типы гебоидных состояний при Ш.: 1) характеризуется тенденцией к течению со значительным редуцированием и полным исчезновением гебоидных расстройств по мере наступления зрелого возраста – затяжной гебоидный приступ; 2) характеризуется течением с длительным сохранением гебоидного состояния в картине болезни и по прошествии юношеского возраста – вялотекущий вариант гебоидной шизофрении [Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С., 1986]. См. *Гебоид, Гебоидофрения; Синдром гебоидный.*

**Ш. гередодегенеративная** *(лат. heres* – наследник + *дегенерация)* [Herz E., 1928]. Форма Ш., при которой совершенно отсутствуют какие бы то ни было экзогенные факторы, принимающие участие в формировании картины болезни. Исключительно велика

роль конституциональных моментов. Противопоставляется симптоматической Ш.

**Ш. ипохондрическая** [Bornstain M., 1928; Консторум С.И., Окунева Э.Г., Барзак С.Ю., 1935; Фрумкин Я.П., Завилянский И.Я., 1958]. Описывалась как самостоятельная (атипичная) форма, характеризующаяся медленной прогредиентностью течения и доминирующей в клинической картине сенестопатически-ипохондрической симптоматикой. В настоящее время рассматривается как вариант малопрогредиентной Ш., в рамках которой различают небредовую ипохондрию и сенестопатическую шизофрению, отличающуюся более значительной прогредиентностью. При последней больше выражены проявления аутизации, нарастающего эмоционального обеднения, снижения психической активности и продуктивности, деперсонализационные расстройства, соматические галлюцинации. С течением заболевания сенестопатии редуцируются, но не исчезают полностью, оттесняются на второй план достигшей большой выраженности негативной эмоциональной симптоматикой.

**Ш. кататоническая.** Дебютирует обычно в возрасте между 20 и 30 годами, иногда раньше, состоянием острого психомоторного возбуждения. После первого кататонического приступа наступает ремиссия, а затем процесс протекает периодически, в виде нере-

гулярно повторяющихся острых кататонических вспышек и все более кратковременных ремиссий, клиника которых свидетельствует об углублении психического дефекта. Нередки онейроидные и параноидные включения. В дефектных и исходных состояниях отмечается изменчивость аффективных проявлений с внезапными переходами от аффективной тупости к немотивированной взрывчатости.

**Ш. латентная** [Bleuler E., 1911]. Формы Ш., протекающей с «легкими патологическими расстройствами», без психотической симптоматики и лишь в части случаев, после многолетнего скрытого течения, обостряющейся под влиянием разного рода неблагоприятных факторов. Затруднительна дифференциальная диагностика с конституциональными аномалиями характера шизоидного круга. Правомерность выделения не является общепризнанной. Рядом исследователей Ш.л. относится к стертым формам вяло протекающей Ш. [Штернберг Э.Я., Молчанова Е.К., 1978].

**Ш. малопрогредиентная.** Ш. с медленно нарастающим психическим дефектом и постепенным развитием изменений личности. Характерны психопатологические синдромы сравнительно неглубокого расстройства психической деятельности, неврозо– и психопатоподобные проявления. В зависимости от вы-

ступающей на первый план симптоматики различают такие варианты как: Ш.м. с явлениями навязчивости (обсессивные, компульсивные и фобические симптомы); Ш.м. с явлениями деперсонализации; Ш. ипохондрическая; Ш.м. с истерическими (истериформными) проявлениями; бедная симптомами Ш. – первичный дефект-психоз [Юдин Т.И., 1941], простой вариант вялопротекающей Ш. [Наджаров Р.А., 1972]. В течении Ш.м. различаются периоды латентный, активный и стабилизации. Приступы в течении психоза носят характер рудиментарных, несложных по структуре аффективных или аффективно-бредовых.

Ш.м. наблюдается в рамках как непрерывно-прогредиентной, так и приступообразно-прогредиентной Ш.

Син.: Ш. медленнотекущая, Ш. вялотекущая.

**Ш. мягкая** [Kronfeld A., 1928]. Формы Ш., характеризующиеся слабой интенсивностью и медленным, относительно благоприятным, течением процесса, например, ипохондрическая и неврозоподобная формы. Характерная особенность – большая доступность больных контакту, психотерапевтическому воздействию.

**Ш. неврозоподобная.** Вариант Ш. малопрогредиентной с астеноподобной, обсессивной или истериформной симптоматикой, явлениями деперсонализа-

ции, дисморфофобии, сенестопатически-ипохондрическими расстройствами. В чистом виде эти синдромы при шизофрении не встречаются, клиническое их определение исходит из преобладающей симптоматики. Н.И. Фелинская [1979] характеризовала неврозоподобные состояния при шизофрении как своеобразные «смешанные» – неврастеноподобная симптоматика сочетается с навязчивостями и дисморфофобиями, навязчивости – с ипохондрическими переживаниями. Характерные особенности этих неврозоподобных синдромов – преморбидные особенности больных часто им не соответствуют, при астеническом характере жалоб отсутствуют явления повышенной истощаемости, такие астеноподобные состояния трудно отграничивать от нарастающей апатизации.

**Ш. непрерывно-прогредиентная.** Отличается значительным диапазоном различающихся по темпу течения и глубине дефекта – от медленного малопрогредиентного до грубопрогредиентного, «шизокарного» [Mauz F., 1930; Молохов А.Н., 1948]. Отсутствуют приступообразные стадии в течении болезни, прогредиентность носит характер неуклонный, без явных ремиссий. Колебания в степени выраженности психопатологической симптоматики незначительны. Характерно большое разнообразие продуктивных и негативных симптомов. По степени прогредиентно-

сти различают формы – злокачественную и малопрогредиентную. Для злокачественной формы характерны: раннее начало; негативные признаки предваряют развитие продуктивной симптоматики; быстрое наступление клинической картины и тяжесть исходного состояния, полиморфизм продуктивных расстройств; резистентность к проводимой терапии. Прогредиентная Ш. проявляется преимущественно параноидной симптоматикой, соответствует описанной E. Kraepelin бредовой форме. При этом также отсутствует приступообразность, фазность течения. Динамика развития бредового синдрома: паранойяльный этап (систематизированный бред без галлюцинаций и явлений психического автоматизма) сменяется параноидным, которому часто присущ синдром Кандинского–Клерамбо, с последующим переходом в парафренный бред [Курашев С.В., 1955; Елгазина Л.М., 1958; Шумский Н.Г., 1958]. Наблюдаются случаи, при которых паранойяльный синдром оказывается длительным, на длительный период стабильным, – они определяются как паранойяльный вариант параноидной прогредиентной Ш.

**Ш. нерегрессивная** [Nyman A.K., 1978]. Выделение своеобразной формы «шизофрении без регресса». Под регрессивной психотической симптоматикой понимаются бред преследования, экспансивные

формы бреда, слуховые галлюцинации, кататоническая симптоматика, пассивность. Характерны разнообразные и полиморфные симптомы – повышенная чувствительность к слуховым, зрительным и тактильным восприятиям, нарушения восприятия движения своего тела, утрата автоматизма движений и дыхания, затруднения концентрации внимания, расстройства мышления, депрессивность, ангедония (утрата способности испытывать удовольствие от жизни), дисморфофобии, навязчивости, ритуалы. В большинстве случаев при длительном течении заболевания появляется симптоматика «регрессивной» Ш. Нередко «нерегрессивная» симптоматика обнаруживается в анамнезе в периоде, предшествующем манифестации «регрессивной» Ш.

Рассматривается как форма малопрогредиентной Ш. с характерными для шизофренического процесса особенностями последующей психопатологической симптоматики, течения и исхода [Москаленко В.Д., 1981].

**Ш. острая.** Формы Ш., характеризующиеся острым возникновением аффективно-бредовых, галлюцинаторно-бредовых, онейроидных (см. *Онейроид, Онейрофрения)* и (или) кататонических расстройств. Наиболее типичны острые приступы (шубы) в рамках приступообразно-прогредиентной Ш., при ее злока-

чественном и прогредиентно-шубообразном вариантах. Описываются острые приступы Ш. с преобладанием бредовых расстройств над аффективными – паранойяльный, галлюцинаторный, параноидный, парафренный. Маниоформная и кататоническая симптоматика больше выражена при злокачественном течении; при прогредиентной шубообразной Ш. отмечаются лишь кататонические включения на высоте острых параноидных и парафренных приступов. В клинике острого параноидного приступа аффективные нарушения носят характер маниоформных или депрессивных (угрюмая подавленность).

**Ш. параноидная.** Форма заболевания, характеризующаяся преобладанием в клинической картине бредообразования. Наблюдается в рамках непрерывно-прогредиентной и приступообразно-прогредиентной Ш. Для последнего варианта характерно ремиттирующее течение и острое начало заболевания в виде паранойяльного, галлюцинаторного, параноидного и парафренного приступов.

**Ш. паранойяльная.** Характеризуется систематизированным паранойяльным бредом. Наблюдается либо в форме стабильного варианта бредовой прогредиентной Ш., длительное время сохраняющего структуру систематизированного бредового синдрома, либо как начальный этап шизофренического

бредообразования, через относительно непродолжительное время сменяющийся параноидным синдромом.

Стабильный, длительно сохраняющий свою структуру паранойяльный синдром выделяют в особую форму паранойяльной Ш.

**Ш. парафренная.** Общее название форм течения Ш., в клинической картине которой преобладает парафренный бредовой синдром. Парафренный синдром может определять картину острых парафренных приступов заболевания, либо является заключительным этапом шизофренического бредообразования, сменяющим параноидный этап. При длительном существовании парафренного синдрома говорят о парафренном типе течения Ш.

**Ш. периодическая.** Ш., протекающая в виде приступов, клиническая картина которых определяется аффективными, аффективно-бредовыми, онейроидно-кататоническими, реже аментивноподобными расстройствами. Приступы отделены друг от друга относительно длительными ремиссиями, в которых обязательно обнаруживаются, хотя поначалу и не достигающие значительной выраженности, признаки психического дефекта. Симптомы личностного дефекта по мере течения заболевания приобретают большую выраженность, а сами ремиссии становятся ко-

роче. Происходит перерастание Ш. периодической в приступообразно-прогредиентную и непрерывную. Характерны аффективные расстройства, протекающие в виде циклотимоподобных состояний и фазообразно протекающих приступов, отличающихся монополярностью и часто смешанной психопатологической структурой (например, депрессивно-параноидные состояния).

**Ш. поздняя** [Bleuler M., 1943]. Форма Ш., проявляющаяся в возрасте старше 40 лет и существенно не отличающаяся от симптоматики начинающихся в более раннем возрасте форм. Характерно отсутствие грубых органических, в частности амнестических, расстройств. Существует тенденция отнесения к Ш.п. большинства бредовых психозов позднего возраста – инволюционная шизофрения [Polonio P., 1954], сенильная шизофрения [Janzarik W., 1957]. Для Ш.п. характерно раннее оформление бредовых синдромов по типу парафренных, известная стабильность последних при относительно замедленной прогредиентности течения заболевания, сближение психопатологической симптоматики с симптоматикой, характерной для собственно психозов позднего возраста (часты идеи ущерба, мелкомасштабный характер бреда).

**Ш. постэмотивная.** Эндогенный процесс, проявля-

ется в связи со значимой для больного эмоциональной травмой, особенно в тех случаях, когда под угрозой оказываются самосохранение индивида, его социальный статус или сексуальная жизнь [Campbell R.J., 1981]. Характерно реактивное начало с неврозоподобной симптоматикой, постепенно исчезающей и заменяющейся процессуальной, не связанной с психогенией, например, гебефренической. Эмоциональное потрясение рассматривается как фактор, провоцирующий и ускоряющий развитие психоза у предрасположенной личности. Существует точка зрения о том, что шизофрения вообще является заболеванием постэмотивным.

**Ш. привитая.** См. *Пфропфшизофрения.*

**Ш. приступообразно-прогредиентная.** Характеризуется течением в виде приступов (шубов), включающих в себя выраженные аффективные компоненты. В рамках Ш.п-п. в соответствии с характером к темпом прогредиентности различают формы: злокачественную; прогредиентную; шизоаффективную; малопрогредиентную (вялотекущую).

Ш.п-п. занимает как бы промежуточное положение между непрерывной и рекуррентной. Прогредиентность в значительной мере определяется качеством ремиссий.

Клиническая картина приступов определяется аф-

фективно-бредовой, аффективно-галлюцинаторной, аффективно-кататонической, кататоно-онейроидной симптоматикой.

Глубина шизофренического дефекта прогрессирует (в большей или меньшей степени) от приступа к приступу.

Син.: Ш. перемежающе-поступательная, Ш. шубообразная.

**Ш. простая.** Классическая форма Ш., выделенная E. Kraepelin и характеризующаяся преобладанием негативной симптоматики. Продуктивные расстройства могут наблюдаться в виде включений в клинической картине, в основном определяющейся снижением энергетического потенциала, эмоциональным отупением. По современной систематике относится к малопрогредиентной Ш.

**Ш. псевдоневротическая.** См. *Ш. неврозоподобная.*

**Ш. психопатоподобная.** Вариант течения Ш. малопрогредиентной. Иногда психопатоподобные изменения наступают после первого (и единственного) шуба приступообразно-прогредиентной Ш. Псевдопсихопатическая симптоматика отличается достаточно широким диапазоном – шизоидная, истерическая, гипопараноическая, гипертимная и др. Сочетание ее с диссоциативными расстройствами подчас носит па-

радоксальный характер [Смулевич А.Б., 1987]. Возникает она чаще всего при относительно мягком, благоприятном течении эндогенного процесса, однако несмотря на это больные обязательно обнаруживают признаки нерезко выраженного личностного дефекта по шизофреническому типу. Наряду с такими состояниями, которые можно определить как психопатоподобный шизофренический дефект, известны и психопатоподобные дебюты шизофрении, когда псевдопсихопатические клинические проявления опережают выявление процессуальной симптоматики [Лившиц С.М., 1976]. Эти состояния характеризуются особенной криминогенностью.

Син.: постпроцессуальная психопатия [Гиляровский В.А., 1935]; постшизофренная психопатия [Сухарева Г.Е., Коган Э.И., 1935]; постпроцессуальная психопатизация личности [Мелехов Д.Е., 1963].

**Ш. рекуррентная.** См. *Ш. периодическая.*

**Ш. ремиттирующая.** См. *Ш. периодическая.*

**Ш. сенестопатическая.** Вариант Ш. малопрогредиентной ипохондрической. Клиническая картина длительное время, в течение нескольких лет, определяется выраженным синдромом сенестопатоза. При этом обязательно обнаруживаются признаки медленно прогрессирующих изменений личности, специфических для шизофренического процесса. Сенестопа-

тии сочетаются с явлениями деперсонализации и ценестезии.

**Ш. симптоматическая** [Krisch H., 1920; Herz E., 1928]. Шизофреноподобные психозы, возникающие после экзогенных вредностей, а не спонтанно, как при гередодегенеративной шизофрении.

**Ш. фебрильная** [Scheid K.F., 1937]. Один из вариантов острого течения шизофренического процесса с наличием в картине заболевания фебрильных и субфебрильных приступов, причиной которых, по мнению автора, являются изменения крови, своеобразный гемолитический синдром. В Ш.ф. различают смертельный и несмертельный типы течения. А.С. Тиганов [1961, 1982] характеризует фебрильные приступы клинически как своеобразные онейроидно-кататонические, протекающие с кататоническим, ментивноподобным и гиперкинетическим возбуждением, ступором, субступором, острым чувственным или фантастическим бредом. Наблюдаются приступы Ш.ф., по А.С. Тиганову, при рекуррентном и приступообразно-прогредиентном течении Ш.

**Ш. ценестезическая** [Huber G., 1971]. Один из вариантов ипохондрической шизофрении, характеризующийся преобладанием в клинической картине ощущений типа ценестезии (сенестопатий). Близок к Ш. сенестопатической.

**Ш. циркулярная.** Разновидность периодической шизофрении, протекающей с аффективными приступами – маниоформными и депрессивными. В клинике маниоформных состояний часто отмечаются кататонические включения, депрессивные приступы схожи с кататоническим ступором [Перельман А.А., 1944]. С течением заболевания приступы постепенно утрачивают сходство с фазами МДП, на первый план все больше выступают проявления шизофренического психического дефекта.

**Ш. шизоаффективная.** Форма приступообразно-прогредиентной (шубообразной) Ш. Характерны острые галлюцинаторные, параноидные, галлюцинаторно-параноидные и парафренные приступы, и клинике которых значительное место занимают аффективные расстройства. Для приступов, помимо остроты протекания, типичны полиморфность и вариабельность психопатологической симптоматики. Эта форма ближе к рекуррентной, чем к непрерывнотекущей Ш. Аффективные расстройства протекают в форме маниоформных состояний и депрессий, сочетаются с несистематизированным бредом, остро развивающимися явлениями психического автоматизма. Уже к периоду манифестации психоза больные обнаруживают явные изменения личности, что рассматривается как свидетельство перехода амбулаторного течения в ма-

нифестное, шизоаффективное [Наджаров Р.А., Смулевич А.Б., 1983]. Иногда течение заболевания ограничивается одним приступом, однако в большинстве случаев приступы повторяются, своими проявлениями они сходны с предыдущими (тип клише).

**Ш. шизокарная.** См. *Ш. ядерная, Шизокарность.*

**Ш. шубообразная.** См. *Ш. приступообразно-прогредиентная.*

**Ш. ядерная.** Определение форм шизофрении, при которых отмечается быстрое наступление резко выраженного психического дефекта (угасание инициативы, эмоциональная тупость), рано исчезает продуктивная психопатологическая симптоматика.

Син.: Ш. шизокарная, Ш. галлопирующая.

**Шильдера болезнь** [Schilder P., 1912]. Редкое заболевание, обусловленное неуклонно прогредиентным демиелинизирующим процессом, поражающим вещество головного мозга, его больших полушарий и мозжечка.

Характеризуется нарастанием деменции и расстройств речи, эпилептиформными припадками, очаговыми поражениями, в зависимости от локализации процесса, слуха и зрения, вплоть до полной глухоты и амавроза, образованием спастических параличей и появлением псевдобульбарных симптомов. Смерть в течение двух-трех лет при явлениях кахексии и деце-

ребрационной ригидности.

Начало заболевания чаще всего в молодом и, особенно, в детском возрасте, хотя не исключена возможность заболевания и в другие возрастные периоды.

Этиология неизвестна. Предположительно указывают на близость между Ш.б. и рассеянным склерозом.

Син.: диффузный склероз нервной системы, прогрессирующая мозговая лейкопатия, диффузный прогрессирующий склеротический периаксиальный энцефалит, прогрессирующая склеротическая энцефалолейкопатия.

**Шильдера–Штенгеля синдром** [Schilder P., Stengel E., 1928]. Вариант расстройств «схемы тела». Отсутствует реакция на болевое раздражение, хотя болевая чувствительность сохранена. Больной не может локализовать наносимое раздражение, не реагирует на него обычными рефлекторными автоматическими движениями. При этом отмечаются элементы апраксии. Очаг поражения – в теменной доле.

Син.: болевая асимболия.

**Шиндлера бифокальная психотерапия** [Schindler R., 1959]. Групповая психотерапия, проводимая параллельно с группами больных и их родственников.

**Шинкаренко–Мохова проба** [Шинкаренко И.П.,

Мохов Л.А., 1955]. Служит для диагностики алкогольного опьянения. О содержании паров этилового спирта в выдыхаемом воздухе свидетельствует изменение цвета реактива (хромовый ангидрид, силикагель, серная кислота) – из оранжевого в зеленый.

**Шипковенского освобождающая психотерапия** [Шипковенский Н., 1965]. Совокупность принципов построения психотерапевтического процесса: 1) освобождение от патогенной ситуации; 2) освобождение от страха и опасений; 3) освобождение от самонаблюдения (например, самонаблюдение при ипохондрических состояниях приводит к снижению порога восприятия интероцептивных импульсов и, таким образом, к усилению психопатологической симптоматики); 4) освобождение от разговоров о своих и чужих болезнях («лечебное молчание»).

**Широта терапевтического действия.** Диапазон доз лекарственного средства от минимально эффективной до минимально токсичной.

**Шихена синдром** [Sheehan H.L., 1937]. Наблюдается при частичном некрозе передней доли гипофиза в послеродовом периоде в связи с тромбоэмболией (после массивных кровопотерь, при послеродовом сепсисе). Возникает гипопитуитаризм, приводящий к гормональной недостаточности других эндокринных желез, зависящих от гипофиза. Характеризуется дву-

мя видами признаков:

I. Соматические признаки: агалактия, выпадение волос, сухость и бледность кожи, снижение артериального давления и температуры тела, гипогемоглобинемия, головная боль, сонливость, зябкость, запоры, снижение основного обмена. Возможны коллаптоидные и коматозные состояния.

II. Психические признаки: астения, апатия, притупление эмоциональной реактивности, ослабление памяти, иногда – нарушения поведения, агрессивные тенденции. В ряде случаев наблюдается галлюцинаторно-параноидный синдром экзогенного характера.

**Шмишека личностный опросник** [Schmieschek H., 1970]. Психодиагностическая методика, предназначенная для выявления личностной акцентуации и базирующаяся на концепции K. Leonhard акцентуированных личностей. Включает в себя 88 вопросов, ответы на которые дают показатели, соответствующие десяти типам акцентуации характера и темперамента. Используется для выявления личностной акцентуации в пограничной психиатрии, при психосоматических заболеваниях. В нашей стране применяются варианты для взрослых [адаптация Блейхера В.М., 1973] и для детей и подростков [модификация Крук И.В., 1975].

**Шмуттермайера методика групповой ступенча-**

**той музыкотерапии** [Schmuttermayer R., 1980]. Одна из психотерапевтических методик, относящихся к музыкотерапии. Включает прослушивание музыки, пение, инструментальное импровизирование, танцы. Применяется при расстройствах влечений, аффекта, моторики и восприятия, а также при интрапсихических или межперсональных нарушениях. Применяется в комплексе других лечебных, в том числе и психотерапевтических, мероприятий. Оказывает нормализующее влияние на поведение больных.

**Шнейдера первичный бред отношения** [Schneider K.]. Систематизированный бред отношения или преследования, не сопровождающийся галлюцинациями и длительное время исчерпывающий клиническую картину психоза. Характерен для начальных стадий параноидной шизофрении, до трансформации паранойяльного синдрома в параноидный.

**Шнейдменатест Macea Picture Story** [Schneidman E.C., 1947]. Проективная психологическая методика, использующая 22 фоновые картинки и 67 фигурок людей различного возраста и занятий. Обследуемый составляет из этого материала картинку и рассказывает по ней историю. Рассказы анализируются по форме и содержанию. Учитывается социальный аспект рассказа, позволяющий выявить особенности адаптации обследуемого к окружающей среде, характер прису-

щих ему интерперсональных взаимоотношений, тип самооценки.

Син.: тест MAPS.

**Шогама–Мировского методика психотонической тренировки** [Шогам А.Н., Мировский К.И., 1965]. Модификация Шульца метода аутогенной тренировки, показанная для больных астеногипотонической группы. Формулировка самовнушения рассчитана на симптоматическое действие. Характерны развернутые, подробные формулы самовнушения, широкое применение образных представлений, комплектация специализированных групп больных по принципу направлений органо-тренировки, включение активирующих (симпатикотонических) упражнений. Эффективность лечения «объективизируется» исследованиями кожной температуры, артериального давления и т.п.

**Шок затянувшийся.** Осложнение инсулинокоматозной терапии когда несмотря на все полагающиеся меры больного не удается вывести из коматозного состояния. При этом иногда уровень сахара в крови оказывается достаточным. В патогенезе Ш.з. придается значение явлениям токсикоза, гипоксии тканей мозга, гипоксемии, отека мозга. Продолжительность – от нескольких часов до нескольких дней. При явлениях Ш.з. в первую очередь проверяют уровень сахара в крови, в случае обнаружения гипогликемии ее купи-

руют введением углеводов. Лечение такое же, как при отеке мозга, иногда помогает спинно-мозговая пункция.

**Шок инсулиновый.** Коматозное гипогликемическое состояние, вызываемое введением инсулина в процессе инсулино-коматозной терапии шизофрении. Часто для достижения Ш.и. длительно болеющим шизофренией и, особенно, уже принимавшим это лечение, приходится вводить большие дозы препарата.

Син.: кома инсулиновая.

**Шок отсроченный.** 1. Повторная гипогликемия (вплоть до комы) через несколько часов после купирования инсулинового шока. 2. Отставленное во времени развитие электросудорожного припадка при электросудорожной терапии – возникает не сразу после включения электрического тока, а через 10-60 сек.

Син.: кома отсроченная.

**Шок психический.** См. *Паралич эмоциональный.*

**Штаабс сценотест** [Staabs G., 1951]. Проективная психологическая методика для исследования детей. Исследуемому предъявляют набор фигурок, представляющих различных людей. Ребенок свободно манипулирует фигурками, придает им позы и жесты, отражающие различные эмоциональные состояния и настроения, ожидания. Используется для исследования взаимоотношений ребенка с окружающими.

**Штама–Вигболдуса–Гросфельда пресенильная деменция** [Stam E.C., Wigboldus J.M., Grosveld F.M., 1968]. Подострая спонгиоформная энцефалопатия. Начало после 50 лет – снижение памяти, дезориентировка, беспокойство в ночное время. Нарастающее оскудение речи вплоть до мутизма, негативизм, неправильное поведение (агрессивность, нелепые поступки). Неврологически – прогрессирующая гипокинезия, тремор, судорожные подергивания мышц лица и туловища. При ПЭГ – явления внутренней гидроцефалии. На ЭЭГ – высокие дельта-волны в лобных отделах, чередующиеся с острыми волнами, дву– и трехфазными острыми волновыми комплексами. Микроскопически и гистохимически – рассеянные скопления сиаломукопротеинов в серой субстанции мозга, базальных ганглиях и мозжечке.

**Штеелина симптом** [Staehelin J.E., 1943]. Стремление пьющего человека как можно быстрее довести у себя опьянение до степени глубокого оглушения. Наблюдается у психопатов, невротиков и больных, находящихся в психотическом состоянии и желающих опьянением заглушить тягостно переживаемую ими психотическую симптоматику.

**Штелльвага симптом** [Stellwag K., 1869]. Широко раскрытые глазные щели при редких и неполных мигательных движениях у больных тиреотоксикозом,

при паркинсонизме.

**Штерна болезнь** [Stern F., 1939]. Исключительно редкое заболевание, наблюдающееся в предстарческом возрасте и обусловленное двусторонней атрофией зрительных бугров. Характерны исчезновение реакции зрачков на свет и конвергенцию, гиперсомния, появление хватательных рефлексов и рефлексов с губ, быстро прогрессирующая деменция.

Син.: деменция с таламической дегенерацией.

**Штерна симптом** [Stern R., 1897]. Периодическое колебание функций коры большого мозга, проявляющееся в понижении чувствительности, появлении парезов и атаксии произвольных мышц, ослаблении интеллектуальных способностей, речи, памяти, ухудшении зрения (снижение остроты и сужение поля зрения), слуха, вкуса, обоняния. Такого рода состояния длятся несколько секунд, нередко они сопровождаются клоническими подергиваниями верхних конечностей, иногда – припадками джексоновского типа (см. *Браве–Джексона эпилепсия).* Наблюдается после черепно-мозговой травмы и объясняется периодическими изменениями мозгового кровообращения, дисциркуляторными расстройствами.

**Штерца симптом** [Stertz G., 1911]. Периодические колебания психических функций при церебральном атеросклерозе, вплоть до появления скоропреходя-

щих парезов конечностей или афатических эпизодов, «мерцание симптомов».

Ср.: Грассе перемежающаяся хромота мозговых центров.

**Штиле–Ричардсона–Ольшевского синдром** [Steele J., Richardson J., Olszewski J., 1963]. Заболевание неизвестной этиологии. Начинается в 55-60 лет, протекает неуклонно прогредиентно. Летальный исход через 2-9 лет. Характеризуется супрануклеарной офтальмоплегией, цервикальной мышечной дистонией, псевдобульбарным параличом, пирамидно-мозжечковыми нарушениями, интеллектуальными и личностными расстройствами. Постоянный признак – эмоциональная лабильность, слабодушие.

**Штоккерта симптом** [Stockert F., 1934]. Симптом невосприятия половины тела. При этом во время ходьбы корпус уклоняется в сторону поражения, окружающие предметы кажутся движущимися в противоположном направлении. Наблюдается при грубой органической патологии большого мозга. Некоторые больные сохраняют критическое отношение к своим ощущениям (в случаях локализации поражения в зрительном бугре), другие – совершенно не воспринимают одну сторону тела (при поражении мозолистого тела).

**Шторка опросник для выявления суицидаль-**

**ного риска** [Stork J., 1972]. Предназначен для диагностики Рингеля пресуицидального синдрома, направлен на выявление депрессивно-негативной самооценки. Содержит 52 утверждения, полученные при сравнении пробандов с выраженными суицидальными тенденциями и контрольной группы лиц, не обнаруживающих склонности к суицидальным мыслям и поступкам.

**Штремгрена–Далби–Далби–Ранхейма синдром** [Stromgren E., Dalby A., Dalby M., Ranheim B., 1970]. Описан в пяти поколениях одной семьи и характеризуется развитием катаракты и прогрессирующей глухоты с нарушениями функции вестибулярного аппарата. Начало – чаще всего в возрасте между 20 и 30 годами. В неврологическом статусе – мозжечковая атаксия, интенционный тремор туловища и конечностей, мышечная гипотония, изменения речи, шатающаяся походка, нистагм центрального типа. У 5 из 9 наблюдавшихся больных после 50 лет развились параноидные психозы органического типа. Нарастающая деменция.

**Шуб шизофренический** *(нем. Schub* – толчок, сдвиг). Острые приступы шизофрении, возникающие по типу толчкообразных вспышек, сдвигов, после которых наступают ремиссии, в состоянии которых больные обнаруживают углубляющийся личностный

дефект. Наиболее характерно течение заболевания с шубами при приступообразно-прогредиентной (шубообразной) шизофрении.

**Шульца метод аутогенной тренировки** [Schultz J.H., 1932]. Психотерапевтический метод, основанный на действии мышечной релаксации и целенаправленного самовнушения. Релаксация вызывается самовнушением и служит основой для последующего самовнушения, направленного на различные функции организма. В метод включены и некоторые приемы йогов. Различают упражнения низшей ступени, позволяющие избирательно воздействовать на некоторые вегетативные и психические процессы, и высшей ступени (самосозерцание), направленные на вызывание у себя состояния нирваны со способностью к произвольной яркой визуализации представлений и сновидным расщеплением сознания. Приемы высшей ступени не нашли широкого применения в психотерапии [Свядощ А.М., 1971]. Типичные упражнения первой ступени: вызывание ощущения тяжести, тепла в конечностях, регуляции ритма сердечной деятельности, дыхания, влияние на органы брюшной полости, вызывание ощущения прохлады в области лба.

Известны многочисленные модификации (см. *Беляева, Лебединского–Бортник, Свядоща–Ромена,*

*Шогама–Мировского методики).*

# Э

**Эббеке синдром** [Ebbecke H., 1943]. Состояния «молниеносного приступа страха», протекающие со своеобразным оптическим феноменом. В поле зрения возникают светящиеся точки, пятна, геометрические фигуры, которые повторяются как бы в виде негативных отпечатков. Сопровождаются депрессивным фоном настроения и суицидальными мыслями. Первоначально был описан у психопатических личностей истероидного круга. Имеются наблюдения относительно появления Э.с. при темпоральной эпилепсии у детей.

**Эвальда биотонус** [Ewald G., 1924]. Совокупность гипотетических энергетических процессов (биопотенциал), определяющая возможности психической деятельности человека, его темперамент и уровень аффективного реагирования. Показатель биотонуса как бы дополняет характерограмму и дает возможность индивидуального прогнозирования психогенных реакций. Концепция G. Ewald является дальнейшим развитием концепции E. Kretschmer (см. *Кречмера психобиограмма).*

**Эвирация** *(лат. eviratus* – женоподобный). 1. Обнаруживающаяся у мужчин – истинных (врожденных)

гомосексуалов утрата мужских свойств психики, замена их женскими – кокетливостью, манерностью, характерными мимическими, пантомимическими и поведенческими реакциями; 2. Бредовая убежденность больного – мужчины и том, что у него имеются женские половые органы и соответственные функциональные проявления (беременность, менструация, лактация и др.). Наблюдается при шизофрении.

**Эго** *(лат. Ego* – я). Средняя инстанция в трехчленной психоаналитической структуре личности, созданной S. Freud. Занимает промежуточное положение между «Оно» (Id) и супер-Эго (super-Ego). При этом «Оно» представляется вместилищем инстинктов, неосознаваемых влечений, а супер-Эго выполняет функцию цензуры, не пропуская в Эго неприемлемые по социальным мотивам, низменные, например, кровосмесительные, импульсы и влечения. Таким образом, по S. Freud, регулируются взаимоотношения личности и окружающей действительности.

**Эгоизм.** Особенность личности или психическое состояние, при которых на первом плане находятся собственные интересы, стремление к приобретению личных преимуществ и избежанию неудобств, лишений, забота о себе. Наблюдается как у психически здоровых при наличии соответствующих черт характера, так и при психопатиях и некоторых психи-

ческих заболеваниях (начальные стадии психических расстройств позднего возраста, шизофрения и др.).

**Эгоизмальтруистический** *(фр. altruisme* – бескорыстная забота о благе других, от *лат. alter* – другой). Принцип, предложенный H. Selye [1974] в качестве меры предупреждения создания в межличностных отношениях стрессовых, особенно дистрессовых, ситуаций. Заключается в правиле не причинять зла, желать добра окружающим, чтобы не давать им повода враждебно относиться к тебе, желать зла. Лежит в основе предложенного H. Selye комплекса психопрофилактических и психотерапевтических мер, направленных на осуществление оптимального функционирования личности.

**Эгофония** *(греч. aix* – коза, *phone* – голос). В психиатрии: голос, по тембру, высоте, модуляциям, интонациям напоминающий блеянье козы. Наблюдается при истерии, старческих психозах, прогрессивном параличе. В клинике внутренних болезней сходный симптом наблюдается при экссудативном плеврите (разновидность бронхофонии).

**Эгоцентризм** *(эго + лат. centrum* – центр). 1. Личностные особенности, характеризующиеся выдвижением на первый план мотивов собственной психической жизни, своих взглядов, интересов при игнорировании интересов и суждений окружающих. Наблюда-

ется у больных эпилепсией, психопатических личностей. 2. Бредовой Э. наблюдается в процессе бредообразования, когда больной, по K. Conrad [1958], не может совершить «коперниковский поворот», то есть когда он находится в плену собственного «Я» – все происходящее вокруг, по представлениям больного, имеет к нему непосредственное отношение.

См. также *Феномен присвоения.*

**Эгротогения** *(лат. aegrotus* – больной, *греч. -genes* – порождающий, вызывающий). [Либих С.С., 1968]. Отрицательное психологическое воздействие одних больных па других в условиях определенной группы, что ведет к появлению новых симптомов невротического характера или усилению уже имеющихся. Один из вариантов психогении.

**Эзофагоспазм** *(анат. oesophageus* – пищевод + *спазм).* Дискинезия пищевода, характеризующаяся периодическими его спазмами. Наблюдается при невротических состояниях – истерическом и системном неврозах.

Син.: эзофагизм.

**Эйбулия** *(греч. eu* – хорошо, правильно, *bule* – воля). Нормальное состояние воли, отсутствие волевых расстройств.

**Эйдетизм** *(греч. eidos* – вид, образ) [Urbantschitsch, 1907; Jaensch E.R., 1911]. Способность удержания ис-

ключительно четких и ярких образов виденных предметов. Наблюдается чаще всего у подростков. Нередко отмечается у художников [Мунк Э.]. В патологии иногда находится в связи с галлюцинаторными переживаниями (зрительными).

**Эйзоптрофобия** *(греч. eisoptron* – зеркало + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь зеркал. Симптом может наблюдаться и в структуре синдрома дисморфофобии (анти-симптом зеркала, когда больной страшится увидеть якобы происшедшие изменения его лица).

Син.: спектроскопия.

**Эйтаназия** *(эй + греч. thanatos* – смерть). Преднамеренное приближение летального исхода неоказанием медицинской помощи или умерщвлением больного, находящегося в терминальном состоянии, якобы с целью предотвращения дальнейших его страданий. Противоречит принципам врачебной этики. Прикрываясь идеями Э., немецкие нацисты в годы второй мировой войны уничтожали тысячи больных людей.

**Эйфория** *(эй + греч. phero* – нести, переносить). Повышенное беззаботное настроение, благодушие, сочетающееся с беспечностью, недостаточно критическим отношением к своему состоянию; безмятежное блаженство. В отличие от маниакальных и гипоманиакальных состояний, Э. присуще отсутствие ин-

теллектуальной живости и стремления к деятельности, она протекает с замедлением мыслительной деятельности (вплоть до персеверации), при наличии слабоумия. Наблюдается при органических психозах (болезнь Пика, прогрессивный паралич и др.)

**Эйфория индифферентная.** Состояние эмоциональной приподнятости, характеризующееся поверхностностью аффективных проявлений. E. Bleuler считал ее характерной для больных шизофренией и видел ее проявления в их речи, когда в одном предложении соседствуют выражения, свидетельствующие о радостном настроении и депрессивности. Автор рассматривал Э.и. как частный случай расщепления в сфере аффективности и речи.

**Эйхофобия** *(греч. euchos* – желание, пожелание + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь произносить или выслушивать добрые пожелания, суеверное избегание их. Часто подкрепляется навязчивыми ритуалами.

**Экбома синдром.** См. *Бред дерматозойный, Берса–Конрада синдром.*

**Эквиваленты депрессивные.** 1. [Каннабих Ю.В., 1914]. Приступообразно возникающие состояния, характеризующиеся соматическими жалобами (головная боль, мигрень, тахикардия, перемежающаяся боль в области сердца), которые являются спутника-

ми гипотимии, но не основным и ведущим симптомом циклотимической депрессии. Таким образом, в отличие от представлений о соматической циклотимии (циклосомии) Д.Д. Плетнева и Е.К. Краснушкина и от современных представлений о ларвированной депрессии Э.д. не рассматривались автором как основные симптомы циклотимической депрессии, а трактовались как составная часть депрессивного синдрома.

2. [Karliner W., 1957]. Ипохондрические состояния, доминирующие в клинической картине депрессивной фазы циркулярного психоза и нередко маскирующие основную психопатологическую симптоматику. Возможно как фазное повторение ипохондрических эквивалентов депрессии, так и чередование их с типичными циркулярными фазами.

**Эквиваленты психоэпилептические** [Озерецковский Д.С., 1928]. Пароксизмально возникающие навязчивые влечения, при этом агрессивность бывает направлена против самых близких людей. Характерен аффект страха. Отмечаются изменения восприятия (психосенсорного синтеза), мышления и аффективности. Отсутствуют генерализованные расстройства сознания и последующая амнезия. Относятся к описанным М.О. Гуревичем особым состояниям.

**Эквиваленты тимопатические.** Психопатологические состояния или преходящие нарушении деятель-

ности каких-либо органов или систем, наблюдающиеся как проявление аффективных расстройств, чаще всего депрессивной или маниакальной фаз МДП, латентной депрессии, шизоаффективных приступов.

**Эквиваленты эпилептические** [Hoffmann F., 1862]. Пароксизмально возникающие, кратковременные расстройства психической деятельности, протекающие без тонико-клонических судорог. Чаще всего – дисфории, сумеречные и особые состояния, явления амбулаторного автоматизма, пориомании (непреодолимое стремление к бесцельному блужданию), приступы зрительных и слуховых галлюцинаций. Не всегда являются заменителем эпилептического припадка, в ряде случаев, по современным данным, описанные явления выполняют роль ауры или наблюдаются после припадка. Понятие Э.э. в последнее время значительно сужено: из него изъяты малые припадки (абсансы).

**Эквипотенционализм** *(лат. aequus* – равный, *potentia* – сила, мощь). Направление в невропатологии и психиатрии, полностью отрицавшее очаговую природу таких расстройств как афазия, агнозия, апраксия и др. Возникло в связи с ревизией классического, узколокализационистского учения об афазиях. Примером Э. является теория единой афазии P. Marie, согласно которой существует единая афа-

зия (афазия Вернике), включающая три элемента: амнестический, агностический и дисфазический. От соотношения в клинической картине афазии выраженности этих элементов зависит форма афатического синдрома. Моторная афазия, по P. Marie, это афазия Вернике, к которой присоединяются явления анартрии. Э. рассматривает афатико-агностико-апрактические синдромы как результат целостного поражения недифференцированного головного мозга, соотнося их клиническое своеобразие со степенью массивности этого поражения. По А.Р. Лурия [1962], оба эти направления являются психоморфологическими и рассматривают клинические синдромы в непосредственной связи с морфологическим субстратом мозга без попытки их физиологического анализа.

**Эквифинальность** *(лат. aequus* – равный, соразмерный, *finalis* – конечный). Принцип, утверждающий сходство психопатологических проявлений различных психических заболеваний на конечных этапах их развития.

**Экзальтация** *(лат. exaltatio* – подъем, воодушевление). Приподнятое настроение с чрезмерным воодушевлением, повышенной самооценкой. В прежние времена этот термин употреблялся для обозначения гипомании.

**Экзацербация** *(лат. exacerbo* – раздражать, отя-

гощать). Обострение, ухудшение клинической картины заболевания. Может быть результатом течения патологического процесса, проявляющимся отягощением болезненного состояния или проявлением сменяющего ремиссию рецидива.

**Экзистенциальный анализ** *(лат. existentio* – существование). Течение в зарубежной психологии и психиатрии, возникшее в 20-е годы нашего столетия. В основе его лежат идеи «философии существования» [Binswanger O.L., Minkowski E., Fischer O.]. Психопатологические категории рассматриваются с позиции экзистенциальной философии, с привлечением категорий пространства, времени. Центральное понятие – экзистенция (человеческое существование) как нерасчлененная целостность субъекта и объекта. Экзистенция проявляется заботой, страхом, решимостью, совестью. Все они определяются через смерть. Свою сущность, экзистенцию человек может понять в ситуациях чрезвычайных – в борьбе, страдании, смерти. Э.а. антинозологичен. Изучение нозологических форм подменяется исследованием биографии субъекта. Психическое заболевание с позиции Э.а. понимается как извращение «структуры бытия в мире», раскрываемой априорным путем. Объективному клинико-психопатологическому изучению психически больного, этиопатогенеза заболевания противо-

поставляется представляющееся экзистенциалистам более существенным и важным сближение с больным в экзистенциальной коммуникации, как с партнером по совместному существованию. Объектом изучения в психиатрии является не психически больной, а сфера межперсональных отношений. Поскольку взаимоотношения людей в обществе весьма индивидуальны, разнообразны и неповторимы, постольку бесполезны с точки зрения Э.а. и поиски каких-либо объективных критериев, на которых можно было бы строить психиатрическую диагностику. Э.а. близко смыкается с психоанализом, прагматизмом A. Meyer.

**Экзогения** *(греч. exo* – вне, снаружи, *genea* – рождение, порождение) [Mobius P.J., 1892]. Обусловленность психических заболеваний внешними, находящимися вне организма причинами. К экзогенным относят соматогенные (соматически обусловленные, по K. Schneider) психозы в широком смысле этого слова – инфекционные, интоксикационные, посттравматические, вызванные заболеваниями внутренних органов.

**Экзогенного типа реакции.** См. *Реакции экзогенного типа.*

**Экзогенный** *(экзо + греч. -genes* – порождающий, вызывающий). Обусловленный воздействием внешних факторов, экзогенный.

**Экзометаморфопсии** *(греч. exo* – вне, снаружи, *meta* – за чем-либо, *morphe* – вид, форма, *opsis* – зрение). См. *Метаморфопсия.*

**Экзорцизм** *(греч. exorkizo* – заклинать). Изгнание бесов. Применение для лечения психических расстройств средневековых методов заклинания, отчитывания с целью изгнать поселившегося в теле больного дьявола, причиняющего якобы наблюдаемые у него психические расстройства. Ведет происхождение от давних представлений о бесоодержимости как о сущности происхождения психоза. Был распространен в средние века, однако встречается и в настоящее время, будучи близким к знахарству, колдовству и другим ритуальным способам воздействия на дурные, черные силы в человеке.

**Экзофтальм** *(экзо + греч. ophtalmos* – глаз). Выпячивание глазных яблок, пучеглазие. В выраженных случаях может сочетаться с несмыканием век при закрывании глаз, расширением глазных щелей. Наблюдается при тиреотоксикозе, опухолях головного мозга, гидроцефалии.

**Эклампсия** *(греч. eklampsis* – вспышка, внезапное возникновение). Тяжелая форма позднего токсикоза беременных. Возникает на фоне нефропатии, обычно во второй половине беременности. В патогенезе играют роль токсический отек и спазм сосудов головного

мозга. Характерны эпилептиформные судороги (см. *Судороги эклamптические)* и нарушение сознания с психомоторным возбуждением, зрительными и слуховыми галлюцинациями. Судороги могут протекать сериями, в форме статуса. Возможно развитие коматозного состояния (опасный признак). При этом отмечается артериальная гипертензия. Э. может протекать и без судорог, характеризуясь расстройствами сознания, отеками, артериальной гипертензией при наличии патологии в моче (протеинурия).

**Экмнезия** *(греч. ek* – вне, за пределами, *mnesis* – память) [Blanc-Vontenille H., 1887]. Форма расстройства памяти, нарушение осознавания времени, при котором стирается грань между прошлым и настоящим. Либо события прошлой жизни переносятся в настоящее (например, страдающая болезнью Альцгеймера больная в перечне газет, которые она получает, называет издававшийся до революции «Киевлянин», «Копейку»), либо текущие события переносятся в прошлое («сдвиг ситуации в прошлое» при старческом слабоумии, болезни Альцгеймера).

**Экнойя** *(греч. ek*– вне, *noeo* – воспринимать) [Ziehen Th.]. Господство одного определенного аффекта над всеми психическими проявлениями. П.Б. Ганнушкин [1933] относил к Э. группу психопатических личностей, которых он называл фанатиками чув-

ства, к которым в первую очередь принадлежат приверженцы религиозных сект. Это люди легковнушаемые, быстро подпадающие под чужое влияние: они служат не столько идее, сколько определенному лицу, которому они экстатически преданы и во имя которого готовы на самопожертвование. Такая же замена идеи соответствующим аффектом наблюдается, по П.Б. Ганнушкину, при параноическом бреде ревности, сущность которого определяется не столько мыслью о возможности измены, сколько неотступно владеющим этими больными беспредметным чувством ревности. К Э. относятся и психопатические личности тревожного, фобического склада, в психической жизни которых доминирует чувство страха, присоединяющееся ко всему происходящему вокруг [Kahn E.]. Таким образом, понятие Э. лишено однородного психопатологического содержания.

**Экономо триада** [Economo C., 1917]. Основные и обязательные признаки острой стадии эпидемического энцефалита: лихорадка, патологическая сонливость и глазодвигательные нарушения.

**Эксгибиционизм** *(лат. exhibeo* – выставлять) [Lasegue E.Ch., 1877]. Форма сексуальной перверсии. Нарушение психосексуальных ориентации по объекту. Характеризуется стремлением к обнажению при лицах противоположного пола половых органов для

вызывания у себя сексуального возбуждения и наслаждения. Встречается, как правило, у мужчин. К Э. относят и склонность к циничным высказываниям, показывание порнографических рисунков представителям другого пола. При сочетании Э. с садизмом пациенту доставляет удовольствие видеть реакции стыда и страха v женщины, при сочетании с мазохизмом – стремление испытать чувство страха перед наказанием, стыд.

**Эксквизитный** (*лат. ex* – из, *cuaero* – старательно разыскивать). Отборный, показательный, характерный. Часто употребляется неправильно, как синоним термина «казуистический», то есть редко встречающийся.

**Экспансивный** (*лат. expansio* – расширение). 1. Страстный, несдержанный в проявлениях чувств, эмотивный; 2. Протекающий с повышенным настроением, оживлением в двигательно-волевой сфере, например, Э. форма прогрессивного паралича.

**Экспериментально-психологические методы.** Способы экспериментально-психологического исследования психических свойств человека (памяти, внимания, темпа сенсомоторных реакций, уровня и характера протекания мыслительной деятельности, аффективно-личностных свойств). В психиатрии имеют вспомогательное диагностическое значение. С этой

целью в патопсихологии применяют методики типа функциональных проб (предъявление обследуемому задания, моделирующего проблемную ситуацию, разрешение которой он должен найти) и психологических тестов, в которых изучаются стандартизированные реакции личности на стимулы, четко регламентированные по степени трудности и времени выполнения задания. Показатели в тестах сравниваются с усредненными показателями, характерными для данной популяции.

**Экспертиза психиатрическая.** Освидетельствование психического состояния лица, стационарное или амбулаторное, для решения вопросов его трудоспособности (врачебно-трудовая экспертиза), вменяемости и дееспособности (судебно-психиатрическая экспертиза), пригодности к военной службе (военно-психиатрическая экспертиза). Кроме того, эксперты-психиатры принимают участие в работе общих военно-врачебных комиссий и медико-педагогических комиссий, решающих вопросы обучения детей в обычных или вспомогательных школах. Э.п. использует данные клинического наблюдения и обследования, анализ анамнестических сведений (субъективных и объективных), имеющуюся документацию, отражающую предшествовавшие обращения обследуемого за медицинской помощью, данные лабораторных иссле-

дований.

**Экспертиза судебно-психиатрическая.** Проводится для освидетельствования лиц с целью решения вопроса об их вменяемости, дееспособности и возможности отбывания наказания, если предположение о психическом заболевании возникло во время пребывания в местах заключения. Назначается судебно-следственными органами. Э.с.-п. могут подвергаться ответчики, свидетели и потерпевшие. Помимо медицинских данных используют материалы судебного дела. Производится специальными судебно-экспертными психиатрическими комиссиями, решения которых предоставляются органам, назначившими Э.с.-п.

**Экспертиза судебно-психологическая.** Назначается судебно-следственными органами в тех случаях, когда обследуемый психическим заболеванием не страдает, однако есть указания на наличие у него известных психологических особенностей, которые могут играть роль в совершении правонарушения, например, при предположении о физиологическом аффекте. Производится психологами, имеющими достаточную профессиональную подготовку и использующими в своей работе данные патопсихологического исследования, сведения об особенностях формирования личности испытуемого и о его психиче-

ском состоянии в период совершения правонарушения и непосредственно предшествовавший ему период, материалы медицинской и юридической документации. По решению судебно-следственных органов при необходимости назначается комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

**Эксплозивность** *(англ. explosive* – вспыльчивый). См. *Взрывчатость.*

**Экспрессивный** *(лат. expressus* – явный, выразительный). 1. Выразительный, отражающий эмоциональное состояние, например, Э. мимика; 2. Являющийся выражением внутренних процессов, состояний, например, Э. речь.

**Экстаз** *(греч. ekstasis* – исступление, восхищение). Повышенное настроение, переживание восторга, необычайного счастья. При некоторых психических заболеваниях Э. является формой аффективного расстройства, протекающего с расстройствами сознания и нарушениями контакта с окружающими. Может наблюдаться как свойство личностной акцентуации и при психопатиях. Пример Э. психопатического – экстатическая аура у больных эпилепсией.

**Экстериоризация** *(лат. exterior* – наружный, внешний). I. В психологии: обусловленность внешних действий, высказываний и т.д. внутренними психологическими структурами, в свою очередь складывающими-

ся на основе интериоризации социальных факторов, внешней деятельности человека, отражения их в психике; 2. В психиатрии: субъективистская тенденция к выделению ряда психопатологических феноменов (обвиняющие галлюцинации, бредовые идеи греховности, самообвинения) из фактов предшествующих этому неправильных, «порочных» поступков, подвергшихся интрапсихической переработке и вызвавших своеобразные комплексные переживания вины.

**Экстероцептивный** *(экстеро + лат. capio* – принимать, воспринимать). Относящийся к экстероцепции.

**Экстероцептор** *(экстеро + лат. capio* – принимать, воспринимать). Рецептор, воспринимающий поступающие из внешней среды раздражения.

Син.: экстсрорецептор, рецептор внешний.

**Экстероцепция** *(экстеро + лат. capio* – принимать, воспринимать). Восприятие организмом раздражений, поступающих из внешней среды.

Син.: экстерорецепция, внешняя рецепция.

**Экстравертированность** *(экстра + лат. verto* – поворачивать). Личностное свойство, характеризующееся направленностью интересов и деятельности вовне. Противоположна интровертированности. См. *Айзенка личностный опросник, Личности типология Юнга.*

Син.: экстраверсия.

**Экстракампинный** *(лат. extra* – вне, *campus* – поле). Находящийся вне поля зрения, например, экстракампинные галлюцинации.

**Экстрамуральный** *(экстра* + *лат. murus* – стена). Расположенный вне какого-то ограниченного пространства. Например, Э. психиатрия – внебольничная психиатрия.

**Эксцентризм** (*экс* + *лат. centrum* – центр). Странность, необычность поведения, поступков. Проявляется в чудаковатости манер, искусственности поз, утрированных жестах и мимике, своеобразной манере речи и письма, стремлении к экстравагантности в одежде. Наблюдается при истероидной психопатии.

**Эксцитация** *(лат. excito* – растревожить, возбуждать). Состояние возбуждения.

**Эктогенный.** Вредные факторы извне, играющие роль в происхождении психических расстройств.

Син.: экзогенный.

**Эктогенез** *(лат. ecto– внешний, genesis* – происхождение). Обусловленность психических расстройств, заболеваний внешними факторами.

**Эктогения.** См. *Экзогения.*

**Экфория энграмм** *(греч. ekphoreo* – выносить, *en* – находящийся внутри, *gramma* – запись). Оживление в памяти следов прошлого запоминания, его фрагментов (энграмм) и воссоздание по ним относительно

целостной, систематизированной картины. Энграммы при этом выступают как составные элементы памяти. При нейропсихологическом исследовании письма, речи особое внимание уделяется возможности воспроизведения больным автоматизированных в процессе жизненного опыта энграмм (фамилия, имя, адрес и др.).

**Электропунктура** *(электро + лат. punctum* – точка). Один из методов рефлексотерапии, основанный на воздействии электрического тока на биологически активные точки с помощью специальных электродов.

Син.: гальванопунктура.

**Электросон.** См. *Гиляровского–Ливенцева–Сегаль–Кириловой метод электросна.*

**Электросубкортикограмма** *(электро + лат. sub* – под, *cortex* – кора, *греч. gramma* – запись, чертеж, схема). Кривая, отражающая изменения биопотенциалов подкорковых структур головного мозга.

**Электросубкортикография** *(электро + субкортик + графия).* Метод исследования деятельности подкорковых структур головного мозга с помощью специально вводимых электродов для записи их биоэлектрической активности.

**Электрошок** *(греч. elektron* – янтарь, составная часть сложных слов, означающая «электрический», *фр. choc* – шок). См. *Черлетти–Бини метод.*

Син.: электрокома.

**Электроэнцефалограмма** *(электро + энцефало-грамма).* Кривая, отражающая изменения биопотенциалов головного мозга. Получается с помощью электроэнцефалографа при различных отведениях.

Син.: ЭЭГ.

**Электроэнцефалограф** (*электро* + *греч. enkephalos* – головной мозг, *grapho* – писать, изображать). Прибор для регистрации биопотенциалов головного мозга.

**Электроэнцефалография** *(электро + энцефало-графия).* Метод регистрации электрической активности головного мозга через неповрежденные покровы черепа. Применяется в психиатрии главным образом для диагностики органических заболеваний головного мозга, помогает установить наличие патологического органического процесса и его топику. Записи биотоков проводятся в состоянии покоя (фоновая ЭЭГ) и при различных нагрузках (гипервентиляция, использование звуковых и зрительных раздражителей, введение фармакологических веществ). Анализ показателей ЭЭГ может производиться с помощью ЭВМ.

**Электроэнцефалопатия** *(электро + греч. enkephalos* – головной мозг, *pathos* – страдание, болезнь). Энцефалопатия вследствие электротравмы.

**Электроэнцефалоскоп** *(электро + энцефало +*

*греч. skopeo* – смотреть, наблюдать). Прибор для исследования деятельности головного мозга методом электроэнцефалоскопии.

**Электроэнцефалоскопия** *(электро + энцефалоскопия).* Метод исследования деятельности головного мозга, основанный на одновременной регистрации биопотенциалов многих его участков с отображением на экране электронно-лучевой трубки в виде мозаики светящихся точек, непрерывно меняющих свою яркость в соответствии со степенью возбуждения нейронов этих участков.

**Эллиса синдром** (Ellis H.H., 1910). Форма сексуальной перверсии, при которой половое наслаждение достигается при соприкосновении или манипуляции с жидкостями – водой (во время мытья, купания) или мочой (обнюхивание либо питье мочи). Второй симптом носит название уролагнии и рассматривается как проявление мазохизма или фетишизма (см. *Фетишизм).*

Син.: Хавелок Эллиса синдром, ундинизм *(ундина* – русалка).

**Элпенора синдром.** Вариант просоночного состояния с дезориентировкой, неполным пониманием окружающего. Нередко наблюдается у страдающих алкоголизмом, которые при внезапном пробуждении, находясь в состоянии неполного сознания, могут про-

явить агрессивно-разрушительные тенденции. *Элленор* – персонаж «Одиссеи», младший из спутников героя. Уснув на крыше дворца Цирцеи, он был внезапно разбужен голосами и шумом тагов своих товарищей, спросонок шагнул в сторону, противоположную лестнице, упал с большой высоты и погиб вследствие перелома шейных позвонков.

Син.: опьянение сном.

**Элюзия** *(англ. elusion* – увертка, уклонение) [Laing R.D., 1961]. Прием психологической защиты, направленный на сохранение своего «Я» в ситуации конфликта с окружающими путем ухода от реальности в мир фантазий, грез. При Э. граница между фантазиями и реальностью как бы размывается, одно подменяет другое. Примером Э. является жизнь Эммы Бовари в романе Флобера «Госпожа Бовари». См. *Боваризм.*

**Эмаскуляция** *(лат. e(x)* – из, от, *masculus* – мужской). Кастрация лиц мужского пола двусторонним удалением семенных желез.

**Эмбололалия** *(греч. embolon* – клин, затычка, *lalia* – речь, болтовня). Частое употребление одних и тех же слов и оборотов. См. *Речевой эмбол.*

Син.: эмболофразия.

**Эмбриопатия** *(греч. embrion* – утробный плод, зародыш, *pathos* – болезнь, страдание). Обозначение патологических состояний, возникающих в эмбрио-

нальном периоде. См., например, *Алкогольная эмбриопатия.*

**Эмбриопатия алкогольная.** См. *Алкогольная эмбриопатия.*

**Эмотивность** *(лат. emoveo* – возбуждать). Повышенная чувствительность, при которой эмоциональные реакции наступают быстро, достигают большой силы и, нередко, оказываются чрезмерно продолжительными.

Син.: эмоциональность.

**Эмоции.** Переживание человеком своего отношения к объективной действительности и к самому себе, удовлетворенность или неудовлетворенность собственными действиями. Формирование Э. разного уровня и сложности происходит вследствие развития определенных форм связи организма с внешней средой. Различают Э. биологические, связанные с удовлетворением или неудовлетворением жизненно важных потребностей (голод, жажда, половое влечение) и высшие, связанные с удовлетворением или неудовлетворением духовных (социальных, нравственных, познавательных и т.д.) потребностей. По своей чувственной окраске Э. делятся на положительные и отрицательные. О задержанных Э. говорят в тех случаях, когда в силу тех или иных причин (главным образом, социальных) человек вынужден их подавлять.

**Эмоции иктательные** (*лат. ictus* – припадок). Характеризуются внезапностью возникновения и непродолжительностью. Чаще всего это эмоциональные реакции депрессии и страха. Могут наблюдаться при любом органическом поражении головного мозга, но особенно – при височной эпилепсии с расположением эпилептогенного очага в гиппокампально-амигдалярно-височной области, при субклиническом ее течении [Weil A.A., 1956].

**Эмоции, формы по Аствацатурову** [Аствацатуров М.И., 1936]. Различаются две основные формы эмоций, рассматриваемые как элементы рецепторной функции, – таламическая и корковая. Таламическая эмоция – филогенетически старая, примитивная, безотчетная психическая реакция в форме неясного переживания приятного и неприятного, проявляется при психических заболеваниях в виде эндогенной депрессии, тоски, тревожного настроения, страха (см. *Витальная тоска* и *Витальная депрессия).* Диффузный, безотчетный, необъяснимый характер этих переживаний создает аффективную предуготованность, способствующую возникновению галлюцинаторных и бредовых образов. Корковая эмоция является филогенетически более поздней надстройкой, содержащей в себе гностические компоненты (см. *Чувства гностические).* Формы эмоций по М.И. Аствацатурову

соответствуют формам чувствительности по H. Head – протопатической таламической и эпикритической корковой.

**Эмоциональная тупость.** См. *Аффективная тупость.*

**Эмоциональные островки** [Muller M., 1930]. Принцип построения психотерапии шизофрении, придающий основное значение созданию аффективного контакта, приводящего к прорыву аутизма и способствующего воссозданию личностных отношений. Таким образом, речь идет о воздействии на основные шизофренические механизмы. Соответственно трудовая терапия шизофрении рассматривается также как средство прорыва аутизма, выдвигаются основные задачи психотерапевта при лечении бреда (модификация бреда с целью устранить или уменьшить его противоречие действительности, инкапсуляция бреда, корригирование бреда при сохранении обусловленных им тенденций поведения). Роль аффективного контакта в психотерапии шизофрении, особенно параноидной, подчеркивается советскими психотерапевтами [Завилянская Л.И., 1968, 1987; Посвянский П.М., 1974].

**Эмпатия** *(греч. empatheia* – сопереживание). Постижение эмоционального состояния другого человека сопереживанием. В понятии Э. обобщены близкие

по содержанию идеи о симпатии и положения концепции вчувствования. Э. может быть эмоциональной, интеллектуальной (когнитивной) и предикативной (предсказывающей переживания другого человека, его аффективные реакции в конкретных ситуациях). Различают также особые формы Э. – сопереживание и сочувствие. Сопереживание – переживание эмоционального состояния другого на основе отождествления с ним; сочувствие – переживание по поводу чувств другого. Изучение Э. важно для решения ряда социально-психологических проблем. В психиатрии понятие Э. привлекается при разработке методов социальной реабилитации, при изучении генеза немотивированных преступлений и т.д.

**Эмподистокоимез** *(греч. empodizo* – препятствие, *koimesis* – сон). Затруднения засыпания, например, при неврастении, при передозировке некоторых лекарств.

**Эмпростотонус** *(греч. emprosthotonos* – натянутый вперед). См. *Камптокормия.*

**Эмфиоменный** *(греч. emphyo* – прививать, насаждать) [Шипковенский Н., 1956]. Привитой, развивающийся на почве олигофрении. Например, привитая шизофрения (пфропфшизофрения), привитая циклофрения (пфропфциклофрения).

**Энджелмена синдром** [Angelman H., 1973]. Ха-

рактеризуется сочетанием умственного недоразвития с эпилептиформными припадками и насильственными проявлениями (гримасами, смехом). Мышечный тонус, в целом, снижен, атактические движения. Походка неуверенная. Наблюдается микроцефалия, чрезмерное высовывание языка, пирамидные и, чаще, экстрапирамидные знаки. Своеобразная моторика больных напоминает движения кукол-марионеток.

Начало заболевания в раннем детстве – от 10 до 42 месяцев. Первые проявления в виде детских судорог – общих, очаговых или миоклонических. Больные нуждаются в постоянном уходе и присмотре.

Этиология неизвестна. В двух из семи описанных в мировой литературе случаях отмечалась аминоацидурия [Herman E.J., 1978].

**Эндогенез** *(греч. endo* – внутри, *genesis* – происхождение). Возникновение психических заболеваний и их течение в связи с наследственными факторами. Понятие Э., как и экзогении, было введено P.J. Mobius [1892].

**Эндогения** *(эндо + греч. genesis* – рождение, происхождение). Патологические процессы, болезни эндогенного происхождения.

**Эндогенные опиаты.** Группа нейропептидов, обладающих анальгезирующим действием и способных конкурировать с морфином и др. опиатами за связы-

вание соответствующих рецепторов. Участвуют в патогенезе эндогенных психозов. Включают в себя эндорфины и энкефалины.

**Эндогенный.** Возникающий, развивающийся эндогенно.

**Эндокринопатия** *(эндо + греч. krino* – отделять, выделять, *pathos* – страдание, болезнь). Общее название нарушений деятельности желез внутренней секреции, эндокринных расстройств.

**Энилизм** *(греч. oinos* – вино). Винный алкоголизм.

**Энкопрез** *(греч. en* – приставка для обозначения времени, *kopros* – кал). См. *Недержание кала.*

**Энурез** *(эн + uron* – моча). См. *Недержание мочи.*

**Энуретический абсанс.** Разновидность бессудорожного эпилептического припадка, проявляющегося упусканием мочи.

**Энцефалит** *(энцефал + ит).* Воспаление головного мозга. Термин часто используется для обозначения сборной группы заболеваний, не всегда носящих четко воспалительный характер, а то и вовсе невоспалительной этиологии, общим для которых является диффузное и прогредиентное поражение головного мозга. Пример Э. не воспалительного генеза – Э. аллергический, Э. острый периаксиальный (болезнь Шильдера) и др.

Поэтому следует говорить об Э. в строгом значении

этого слова, то есть как об обусловленных инфекционным фактором воспалительных заболеваниях головного мозга: Э. дизентерийный, гриппозный, ревматический и др.

**Энцефалит эпидемический** [Economo C., 1917]. Воспалительное заболевание головного мозга, наблюдающееся в виде эпидемий. Возбудитель неизвестен, хотя общепринятой считается теория вирусной этиологии. Проявляется в виде острой и хронической стадий. Острая стадия характеризуется гиперкинетическими и психическими (делирий) расстройствами или, гораздо чаще, проявляется гиперсомнией (летаргией). Летаргия может быть первоначальным симптомом острой фазы, однако чаще следует за делириозным возбуждением. Хроническая стадия характеризуется неврологическими (постэнцефалитический паркинсонизм) и психическими расстройствами. В соответствии с преобладающими в клинической картине психическими расстройствами Ф.Ф. Детенгоф [1960] различал следующие формы: 1) псевдопаралитические; 2) пароксизмальные – судорожные с психическими изменениями, эквивалентоподобные с приступами страха, обморочные и каталептические, гиперсомнические и нарколептические, формы с нарушением сенсорного синтеза и оптико-вестибулярными расстройствами, онирические; 3) шизофренопо-

добные – кататоноидные, галлюцинаторно-параноидные, гебоидные и шизофазическая; 4) психопатоподобные; 5) неврозоподобпые.

Син.: летаргический энцефалит, энцефалит Экономо.

**Энцефалит эпидемический, психосенсорная форма** [Гуревич М.О., 1941]. Форма эпидемического энцефалита, при которой не достигают значительной выраженности паркинсонизм, бред, слабоумие. Типичны психосенсорные расстройства, парестезии.

**Энцефалозы** *(энцефал + оз)* [Marchand L., 1937]. Выделяемые в единую группу в соответствии с концепцией Meygnant [1932] об абиотрофическом процессе атрофические заболевания головного мозга предстарческого и старческого возраста (болезни Пика и Альцгеймера, старческое слабоумие). Взгляд на атрофические заболевания коры большого мозга в позднем возрасте как на следствие абиотрофического процесса, приводящего к слабоумию и распаду функций речи, гнозиса и праксиса, принят и в современной французской психиатрии [Ey H., Bernard P., Brisset Ch., 1961]. Объединение этих заболеваний в одну группу, по мнению большинства исследователей, является условным, так как единая биологическая или патоморфологическая характеристика заболеваний, включаемых в энцефалозы, невоз-

можна и объединение их обосновано лишь клинически [McMenemy W.H., 1940; Штернберг Э.Я., 1967].

**Энцефаломиелит** *(энцефало + миелит).* Сочетанное воспаление головного и спинного мозга.

**Энцефалопатия** *(энцефало + греч. pathos* – страдание, болезнь). Органические поражения головного мозга, характеризующиеся дистрофическими его изменениями. Дифференциация Э. производится по этиопатогенетическим признакам – Э. аноксическая, артериосклеротическая, посттравматическая, гипертоническая, гипогликемическая и т.д.

Термин Э. применяется, главным образом, для обозначения стойких и необратимых психических нарушений, возникших вследствие органического (экзогенно-органического) заболевания головного мозга. В этом отношении он совпадает с понятием хронического органического психосиндрома: Чаще всего термин Э. применяется для обозначения остаточных проявлений черепно-мозговой травмы. В отличие от посттравматической церебрастении при посттравматической энцефалопатии, наряду с астеническими расстройствами, наблюдаются очаговые неврологические симптомы, характерологические изменения (огрубение эмоций, склонность к чрезмерным аффективным реакциям, возбудимость, конфликтность, сутяжнические тенденции, частые истериформные про-

явления) и разной степени выраженности признаки интеллектуально-мнестического снижения. Грань между посттравматической Э. и посттравматической деменцией относительна, условна, определяется глубиной интеллектуального снижения.

Син.: церебропатия.

**Эонизм.** Сексуальная перверсия, связанная с неправильным осознанием своего пола, изменением психосексуальной ориентации в сторону противоположного пола. Часто сопровождается стремлением изменить свой пол путем хирургической операции на половых органах, требованием выдачи документов о принадлежности к противоположному полу. Нередко сочетается и с трансвестизмом. Изменения психосексуального поведения не поддаются психотерапевтической коррекции. Характерно отрицательное отношение к лечению. Назван по имени дипломата Людовика XV шевалье д'Эона де Бюмонта, страдавшего этим половым извращением.

Син.: транссексуализм [Benjamin H., 1954].

**Эпидемии психические.** Коллективные индуцированные психозы (см.), распространенные в Западной Европе во времена средневековья и чаще всего связанные с религиозным фанатизмом, распространенностью мистических предрассудков и суеверий. Охватывали население больших городов, областей, про-

текали обычно с нарастающим психомоторным возбуждением, часто в высказываниях больных доминировали идеи бесоодержимости, манихейства (см. *Тарантизм).* Жестоко подавлялись инквизицией. В России не приобретающие такой степени распространенности эпидемии еще перед революцией наблюдались в экономически отсталых районах Восточной Сибири (мерячение).

**Эпизод** *(греч. epeisodion* – случай, происшествие). Форма течения психических расстройств. Характерно острое начало, разворот картины психического расстройства совершается быстро, без видимых предвестников. Окончание Э. также быстрое, сопровождается обычно амнезией пережитого. Течение кратковременное. Э. состояния возникают вне какой-либо связи с внешними причинами. Типичный пример Э. – эпилептические сумеречные расстройства сознания и дисфории.

**Эпилепсия** *(греч. epilepsia* – схватывание, эпилептический припадок). Хроническое эндогенно-органическое заболевание, протекающее с повторяющимися пароксизмальными расстройствами (судорожными и бессудорожными) и формированием слабоумия с характерными изменениями личности. При Э. наблюдаются острые и затяжные психотические состояния.

Начинается преимущественно в детском или юно-

шеском возрасте. Имеются данные о наличии наследственного предрасположения. Значительную роль в этиопатогенезе играют органические поражения головного мозга – внутриутробное поражение плода, последствия черепно-мозговой травмы, нейроинфекции. В патогенезе центральное место принадлежит наличию эпилептогенных и эпилептических очагов (см.).

**Э. абдоминальная.** Э., протекающая с абдоминальными припадками (см.). По H. Gastaut [1975], применять этот термин не рекомендуется, так как абдоминальные припадки наблюдаются при различных формах Э. – генерализованной и фокальной, что лишает его специфичности.

**Э. адверсивная.** Протекает с адверсивными припадками (см.), вариант фокальной Э.

**Э. акустикогенная.** Припадки провоцируются слуховыми, особенно неожиданными, стимулами.

Син.: Э. слуховая рефлекторная, Э. акустическая, Э. аудиогенная, Э. аудиосенсорная.

**Э. алкогольная** (V. Magnan, 1883). Характеризуется большими судорожными припадками, возникающими у хронических алкоголиков в периоды чрезмерного употребления алкоголя или абстиненции, однако впоследствии припадки наступают аутохтонно. Первоначально возникновение Э.а. связывали со злоупо-

треблением полынной водкой (абсентом), однако это не нашло своего подтверждения в дальнейшем.

В настоящее время Э.а. рассматривается как вторая болезнь, развивающаяся по патогенетическим механизмам эпилептической болезни, утрачивающей первоначальную связь с предшествующим ей и играющим причинную роль хроническим алкоголизмом. Процесс «эпилептизации» ведет начало от формирования алкогольной энцефалопатии с происходящими параллельно изменениями обмена веществ, в том числе и повышением уровня эндогенного конвульсанта кинуренина (Громов С.А., Ефимов О.Ф., Карташев Е.В., Рыжов И.В., 1991).

**Э. арифметическая** [Ingwar D.H., Nyman G.E., 1962]. Вид рефлекторной эпилепсии, при которой возникновение судорожных припадков провоцируется выполнением арифметических операций.

**Э. височная.** Форма фокальной Э., при которой эпилептический или эпилептогенный очаг локализуются в височной доле. Характерны припадки с сенсорной симптоматикой (слуховые, обонятельные, вкусовые), адверсивные, афатические, психические, часто в сочетании с вегетативными расстройствами и оральными автоматизмами.

Син.: Э. височной доли, Э. психомоторная.

**Э. вторичная.** См. *Э. симптоматическая.*

**Э. генерализованная.** Протекает с первично генерализованными припадками.

**Э. генуинная.** Общее название форм Э., протекающих с первично генерализованными припадками, не связанных с явным органическим поражением головного мозга или выявленным нарушением обмена (то есть не симптоматические формы Э.).

Син.: Э. эссенциальная, Э. криптогенная, Э. идиопатическая.

**Э. детская.** Припадки начинаются в возрасте до 3-х лет, в более старшем возрасте могут исчезнуть. Припадки носят характер миоклонических (см.), акинетических (см.), часто односторонних и перемещающихся. Фокальные, особенно соматомоторные, припадки встречаются крайне редко.

Син.: Э. инфантильная.

**Э. джексоновская.** См. *Браве–Джексона эпилепсия.*

**Э. диэнцефальная.** Протекает с диэнцефальными припадками.

**Э. дневная.** Протекает с припадками, наступающими в дневное время, при бодрствовании. Ср.: Э. ночная.

**Э. затылочная.** Форма Э. фокальной с локализацией эпилептического или эпилептогенного очага в коре затылочной области. Характерны зрительные

иллюзорные и галлюцинаторные припадки.

**Э. инсулярная** (*анат. insula* – островок). Форма Э. фокальной вследствие поражения инсуло-периинсулярной области. Припадки часто носят характер вкусовых иллюзий и галлюцинаций и вегетативных проявлений (эпигастральных, абдоминальных).

**Э. инфантильная.** См. *Э. детская.*

**Э. Кожевникова.** См. *Кожевникова эпилепсия.*

**Э. континуальная** (*лат. continuus* – непрерывный, длительный). См. *Кожевникова эпилепсия.*

**Э. корковая.** См. *Кожевникова эпилепсия.*

**Э. криптогенная** (*греч. kryptos* – скрытый, тайный, –*genes* – порождающий, вызывающий). См. *Э. генуинная.*

**Э. ларвированная** (*лат. larva* – маска). См. *Э. психическая.*

**Э. лобная.** Форма Э. фокальной с локализацией эпилептического или эпилептогенного очага в коре премоторной области лобной доли. Припадки часто носят характер субклинических, амнестических с сохраненным сознанием, но при распространении разряда на моторные прероландовы и подкорковые структуры они приобретают характер адверсивных, соматомоторных или вторично генерализованных.

**Э. локальная.** См. *Э. фокальная.*

**Э. малая.** Протекает в форме малых эпилептиче-

ских припадков.

**Э. метаболическая.** Возникает у новорожденных и грудных детей в связи с нарушениями обмена веществ (пиридоксинового, аминокислотного, водно-солевого, углеводного, жирового) при наличии наследственного предрасположения или органической патологии головного мозга.

**Э. мигренозная.** Припадки возникают у лиц, длительное время страдающих мигренью, или чередуются с мигренозными приступами. По H. Gastaut, такой механизм патогенеза представляется сомнительным и термин этот употреблять не рекомендуется.

**Э. миоклоническая.** По H. Gastaut, термин неправомерен – речь идет о миоклонических припадках при болезни Унферрихта–Лундборга и эпилепсии Кожевникова, а также при первично генерализованной Э.

**Э. митральная** (*анат. valvula mitralis* – митральный клапан сердца) [Лихтенштейн Е.И., 1956]. Эпилептиформный синдром, возникающий вследствие гипоксии мозга при недостаточности сердца у больных с пороком митрального клапана.

**Э. музыкогенная.** Редкая форма рефлекторной Э. Характерны музыкогенные припадки полиморфного характера, звуковая аура. Описана И.П. Мержеевским [1884], наблюдается при диффузных органических поражениях головного мозга с преимущественной ви-

сочной, чаще двусторонней, локализацией [Hoff H., 1956; Weber R., 1956; Piotrowski A., 1959; Горник В.М., 1964.].

Син.: музыкальная Э., музыколепсия.

**Э. морфеическая.** Припадки в основном наблюдаются во время сна, ночного или дневного.

Син.: Э. гипническая.

**Э. мягкая.** Протекает с редкими припадками и характеризуется нерезко выраженными интеллектуально-мнестическими и характерологическими изменениями.

**Э. наследственная.** Обусловлена значительно усиленным наследственным предрасположением и протекает с первично генерализованными эпилептическими припадками (тонико-клоническими, миоклоническими и типичными абсансами). Заболевание чаще начинается в детском возрасте.

**Э. ночная.** Припадки преимущественно или исключительно происходят во время ночного сна. Ср.: Э. дневная. См. также *Э. морфеическая.*

**Э. оперкулярная** *(анат. operculum insulae cerebri* – покрышка островка большого мозга). Форма Э. фокальной, при которой эпилептический или эпилептогенный очаг расположен в стенках сильвиевой борозды и периинсулярной области. Припадки сложного характера, с гиперсаливацией, жевательными движени-

ями и состоянием оглушения. Им часто предшествует ощущение специфического вкуса.

**Э. органическая.** Наиболее частая разновидность Э. симптоматической.

**Э. париетальная.** Форма Э. фокальной. Локализация очага в коре теменной области. Характерны субклинические припадки, которые при переходе разряда возбуждения на соседние чувствительные и двигательные структуры заменяются соматомоторными, адверсивными, афатическими и др.

Син.: Э. теменная.

**Э. первично генерализованная.** Характеризуется первично генерализованными припадками (тонико-клоническими, абсансами и двусторонними миоклониями), возникающими чаще в детском и подростковом возрасте. Не носит характера симтоматической, что дает основания говорить о связи с наследственным предрасположением.

Син.: Э. идиопатическая, Э. эссенциальная, Э. истинная, Э. генуинная.

**Э. передневисочная.** Разновидность Э. височной. Локализация очага в переднем отделе височной доли. Припадки носят характер аффективных или жевательных и глотательных автоматизмов.

**Э. перемежающаяся.** Наблюдается у новорожденных и грудных детей и характеризуется перемежаю-

щимися припадками (судороги перемещаются с одной конечности на другую, с одной половины тела на другую). Форма Э. детской.

**Э. поздняя.** Характерно начало в зрелом и пожилом возрасте. Обычно является следствием органических прогредиентных заболеваний головного мозга (церебральный атеросклероз).

**Э. полового созревания.** Появление припадков связано с происходящими в пубертате гормональными сдвигами, временно повышающими судорожную предрасположенность.

**Э. построландовая.** Форма Э. фокальной. Локализация очага в коре построландовой области. Припадки носят характер соматосенсорных и соматомоторных.

Син.: Э. постцентральная.

**Э. посттравматическая.** Форма Э. органической, вызванной черепно-мозговой травмой. Припадки фокальные, характер их зависит от локализации очага поражения. Иногда происходит вторичная генерализация припадков.

Син.: Э. травматическая.

**Э. преролландовая.** Форма Э. фокальной. Очаг локализуется в преролландовой области коры головного мозга. Часто наблюдаются джексоновские припадки.

Син.: Э. прецентральная.

**Э. пробуждения** [Janz D., 1955]. Припадки возникают вскоре (через 1-2 часа) после пробуждения. Чаще всего это первично генерализованная Э. Признаки психической деградации выражены относительно нерезко, однако характерологические отклонения все же более значительны, чем у эпилептоидных психопатов.

**Э. психическая** [Falret J.-P., 1861]. Бессудорожная форма Э. Диагностика основана на наличии характерных для Э. изменений личности, пароксизмальных симптомах расстройств, наблюдающихся главным образом в сфере аффектов и влечений, психических эпилептических эквивалентов, эпилептических психозов. H. Gastaut [1975] отрицает правомерность выделения Э. психической, однако дает совершенно иное ее определение, относя к ней все формы Э. с нарушениями сознания во время припадка и особенно в после– и межприпадочных периодах, что не соответствует общепринятому пониманию.

Син.: психоэпилепсия, Э. маскированная, Э. ларвированная, Э. бессудорожная.

**Э. психомоторная.** Форма височной Э., проявляющаяся адверсивными или афатическими эпилептическими припадками.

**Э. психосенсорная** [Гуревич М.О., 1936]. Разновидность Э. психической, в клинической картине при-

ступов которой доминируют синдром психосенсорных расстройств и особые состояния, отличающиеся от тотальных сумеречных состояний отсутствием амнезии и парциальностью нарушений сознания. Особые состояния сближает с психосенсорными расстройствами наличие нарушений сенсорного синтеза.

Психосенсорные расстройства при истинной (генуинной) Э. отличаются полной реинтеграцией, обратимостью симптоматики, тогда как при симптоматической Э. остаются резидуальные, хотя и нерезко выраженные, симптомы очагового характера, особенно вестибулярные.

H. Gastaut [1975] обозначает психосенсорные эпилептические припадки как иллюзорные или галлюцинаторные, однако эти термины не могут рассматриваться как эквивалентные.

**Э. резидуальная** [Kraepelin E., 1913]. Эпилептиформные синдромы у больных с резидуальными явлениями перенесенного, часто в раннем детском возрасте, органического поражения головного мозга. В отличие от симптоматической эпилепсии, резидуальная возникает на почве неактивной, непроцессуальной органической патологии, и судорожные припадки, как правило, обусловлены наличием экзогенных вредностей [Берштейн Г.И., 1950].

**Э. рефлекторная.** Редкая форма Э. при кото-

рой припадки возникают рефлекторно, провоцируются чувствительными стимулами. Различают Э.р. зрительную и слуховую (акустикогенную) в зависимости от модальности раздражителя.

**Э. семейная.** Наблюдается у нескольких членов одной семьи и связывается с наследственным конституциональным предрасположением. При значительной роли такого предрасположения говорят об Э. наследственной.

**Э. сенильная.** Выделение как самостоятельной формы не обосновано [H. Gastaut, 1975], так как речь идет об Э. симптоматической или об эпилептиформных припадках, например, при болезни Альцгеймера.

**Э. симптоматическая.** Припадки являются следствием и симптомом определенного патологического состояния. Различают такие формы, как Э. метаболическая и органическая (инфекции, интоксикации, травмы головы).

**Э. сифилитическая.** Форма Э. симптоматической, наблюдается при сосудистых и менингоэнцефалитических проявлениях нейросифилиса.

**Э. сосудистая.** Форма Э. симтоматической, наблюдается при сосудистых заболеваниях головного мозга, особенно с наличием очагов поражения в специфических зонах коры головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь). Протекает с

большими судорожными припадками, обмороками.

**Э. телевизионная.** Разновидность зрительной рефлекторной Э., наблюдается у светочувствительных субъектов, особенно при расположении близко к экрану телевизора, при слабом освещении в помещении.

**Э. тетаноидная** *(греч. tetanos* – судорожное напряжение, *–eides* – подобный, похожий) [Prichard J.C.]. Форма Э., при которой судорожные припадки носят характер тонических, отсутствует клонический компонент.

**Э. токсоплазматическая.** Форма симптоматической (органической) Э., наблюдается при токсоплазмозе. Характер припадков зависит от локализации патологических очагов.

**Э. тяжелая.** Характеризуется частыми первично генерализованными припадками с тенденцией к развитию status epilepticus, эпизодами сумеречного помрачения сознания, интенсивным прогрессированием интеллектуально-мнестических и характерологических расстройств.

**Э. ункусная** *(лат. uncus hyppocampii* – крючок гиппокамповой извилины). Разновидность височной Э., локализация очага в передне-внутренней части височной доли, особенно в крючке гиппокамповой извилины. Характерны припадки с нарушением обоняния (иллюзиями и галлюцинациями).

**Э. утренняя.** См. *Э. пробуждения.*

**Э. фокальная.** Характеризуется полиморфными очаговыми припадками с возможно вторичной генерализацией. Возникает в любом возрасте, обычно в связи с органическим поражением головного мозга.

Син:. Э. парциальная, Э. очаговая, Э. локальная.

**Э. фотогенная** *(греч. phos* – свет, *–genes* – порождающий, вызывающий). Зрительная рефлекторная Э.

**Э. центрэнцефальная.** Форма Э. генерализованной первичной, относится к наследственным. Характерны абсансы, миоклонии, тонико-клонические припадки.

**Э. эндокринно-токсическая** [Серейский М.Я., 1926]. Форма Э. симптоматической, характеризующаяся малыми припадками и наличием эндокринных расстройств (чаще всего гипертиреоз). Иногда эти болезненные признаки проявляются одновременно, иногда же эндокринная патология предшествует появлению припадков. Преморбидно больные характеризуются как эпилептоиды.

**Э. эссенциальная** *(лат. essentialis* – относящийся к сущности). См. *Э. генуинная.*

**Эпилептиформный** *(эпилепсия + лат. formis* – подобный, похожий). Сходный с эпилептическими пароксизмами, напоминающий по клинике эпилепсию. Чаще всего термин применяется к судорожным при-

падкам.

**Эпилептический.** Относящийся к эпилепсии.

**Эпилептоидия** *(эпилепто + греч. -eides* – подобный). См. *Психопатия эпилептоидная.*

**Эпилептология** *(эпилепто + греч. logos* – учение, наука). Раздел медицины, изучающий клинику, этиопатогенез и методы лечения эпилепсии.

**Эпистаксофобия** *(греч. epistazo* – капать, сочиться + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь носового кровотечения.

**Эпитимный характер** *(греч. epi* – над, *thymos* – чувство). См. *Эпилептоидия.*

Син.: эпилептоидный характер.

**Эпифеноменализм** *(греч. epi* – над, *phainomenon* – феномен, явление). Учение, рассматривающее психику, сознание, как явление, лишь сопутствующее физиологическим процессам, надстройку над ними, не играющую активной роли в жизни и деятельности человека. Э. отрицает активное отражение психикой реальности и ее значение как творческого фактора, определяющего положение человека в окружающем мире. Э. своими методологическими и гносеологическими принципами противоречит диалектическому материализму.

**Эпифрения** (*эпи + греч. phren* – ум, разум). Термин, введенный Н. Шипковенским для обозначения

эпилепсии по аналогии с шизофренией и циклофренией.

**Эпштейна симптом** [Epstein A.]. Наблюдается при неврозах у детей. При волнении верхнее веко не опускается, что придает лицу больного выражение страха.

**Эргазия** *(греч. ergasia* – работа, действие, деятельность) [Meyer A.]. Понятие для обозначения координированной и целенаправленной деятельности всех соматических и психических функций в норме. Из нарушений Э. A. Meyer и его последователи выводят разного рода эргастические реакции, специфические для определенных видов психической патологии. Эргазиатрия, по A. Meyer, – синоним психиатрии. См. *Майера эргазиология.*

**Эргазиофобия** *(эргазия + фобия).* Навязчивый страх, боязнь совершения какого-либо действия, движения.

**Эрготерапия** *(лат. ergon* – труд, занятие, *греч. therapeia* – лечение). Трудовая терапия.

**Эрготизм** *(фр. ergot* – спорынья). Пищевое отравление вследствие употребления продуктов, содержащих рожки спорыньи. После предвестников (желудочно-кишечные расстройства, судороги в мышцах, головные боли, повышенная утомляемость, забывчивость, снижение настроения, страхи) развивается состояние спутанности с галлюцинациями, психомотор-

ными расстройствами (возбуждение или ступор). Неврологически – симптоматика, напоминающая табес, но без зрачковых расстройств (эрготиновый псевдотабес). Эпилептиформные припадки. В тяжелых случаях – летальный исход или образование деменции.

**Эрейтопатия** *(греч. ereuthos* – краснеть, *pathos* – болезнь, страдание). Склонность к легко возникающему покраснению кожных покровов в области лица, шеи, груди. Может быть конституциональным признаком, часто наблюдается при неврозах, будучи симптомом вегетодистонических расстройств.

**Эрейтофобия** *(эрейто + фобия).* 1. Навязчивый страх, боязнь покраснеть; 2. Невротический страх, возникающий при рассматривании окрашенных в красный цвет предметов, возможно напоминающих кровь.

**Эремофобия** *(греч. eremos* – пустыня + *фобия).* Навязчивый страх, боязнь находиться в безлюдном месте, быть в одиночестве.

**Эретизм** *(греч. erethizma* – раздражение, возбуждение). Повышенная возбудимость, раздражительность, при значительной выраженности протекает с агрессивно-разрушительными тенденциями. Наблюдается при олигофрении (эретическая олигофрения противоположна торпидным ее формам), постэнцефалитической и посттравматической характеропа-

тии.

**Эризихтона синдром.** Наблюдается у тучных склеротиков с гиперлипидемией и характеризуется стремлением к излишествам в еде, несмотря на предупреждения врачей и близких о возможных пагубных последствиях, нередко оправдывающихся. Эризихтон – в греческой мифологии земледелец, обидевший Деметру, богиню урожаев и зерна, уничтожив деревья в посвященном ей саду. Был наказан богиней, наславшей на него неукротимый аппетит, неутолимый голод. Чем больше он ел, тем становился голоднее. В результате Эризихтон проел свое имущество, продал за еду свою дочь в рабство, а напоследок ел самого себя.

**Эритрофобия** *(греч. erythros* – красный + *фобия).* См. *Эрейтофобия.*

**Эрогенная зона** (*грея, eros* – любовь, страсть, – *genes* – порождающий, вызывающий). Участок кожи или слизистой, раздражение которого приводит к половому возбуждению и оргазму (в области половых органов, грудных желез и т.д.). Э.з. часто носят индивидуальный характер, различны для мужчин и женщин.

**Эротизм** *(греч. eros* – желание, страсть). Обобщающее название различных проявлений полового влечения.

**Эротографомания** *(эрото + графомания).* Разновидность графомании, влечение к написанию любовных писем, эротических рассказов психически больными, психопатическими личностями.

**Эротодромомания** *(эрото + дромомания).* Непреодолимое влечение к бродяжничеству, сопряженному с сексуальными эксцессами (любовными приключениями, изнасилованием и т.п.).

**Эротомания.** См. *Бред эротоманический.*

**Эскироля принципы изучения психических заболеваний** [Esquirol J.E.D., 1838]: 1) анализ симптомов психического расстройства; 2) поиски причин заболевания; 3) описание течения болезни и возможных вариантов ее исхода; 4) установление общих принципов лечения заболевания.

**Эстезионевроз** *(греч. aisthesis* – чувство, восприятие). Неврозы, протекающие с выраженной симптоматикой нарушения чувствительности.

**Этиология** *(греч. aitia* – причина, *logos* – учение, наука). 1. Учение о причинах болезней; 2. Происхождение, причина болезни, патологического состояния.

**Этиопатогенез** *(этио + патогенез).* Совокупность представлений о причинах и механизмах развития болезни.

**Этиотропный** *(этио + греч. tropos* – поворот, направление). Направленный непосредственно на при-

чину заболевания. Термин применяется к методам лечения, например, к лечению прогрессивного паралича пенициллином.

**Этнические факторы** *(греч. ethnos* – народ). Категории, специфические для различных этнических групп. По различию Э.ф. выделяются присущие народу признаки культуры, включающие особенности материального производства, человеческого воспроизводства и быта (демографическая структура, структура семьи, общественные структуры и др.), духовного воспроизводства (мировоззрение, методы социализации детей и подростков, верования, культурные традиции, социально-правовые и морально-этические нормы), коммуникации (особенности общения индивидов, наиболее характерные методы общения и др.). Своеобразие Э.ф. изучается этнопсихологией и этнопсихиатрией (транскультуральной психиатрией).

**Этнопсихиатрия.** Раздел социальной психиатрии, посвященный изучению этнических, культуральных факторов в развитии и течении психических заболеваний.

**Этнотерапия** *(греч. ethnikos* – племенной, народный, *therapeia* – лечение). [Kocova Z., Hausner M., 1979]. Погружение, возвращение больного в свое индивидуальное и коллективное детство, в древние культурные шаблоны и архетипы с помощью группо-

вых занятий, индивидуальных бесед, терапии изобразительным искусством, психодрамы, элементов этнологии, народных традиций, искусства танца, пантомимы и т.д. Это способствует самораскрытию, самоутверждению пациента, поиску им своего места в жизни через ощущение в себе природного, древне-трудового, язычески-праздничного. Методика близка к религиозным переживаниям, глубинно-психологической концепции C. Jung, однако ряд ее приемов вполне приемлем и может быть применен в работе психотерапевта, стоящего на других философских позициях.

**Этология** *(греч. ethos* – обычай, привычка, *logos* – наука, учение). Раздел биологии, изучающий поведение животных в естественных условиях. Особое внимание уделяется исследованию генетически обусловленных форм поведения. Перенесение выводов Э. на изучение форм поведения человека представляет интерес, однако при этом следует учитывать социальный статус человека, поведение которого не может сводиться к сугубо биологическим механизмам, объясняться лишь ими.

**Эупарейния** *(греч. eu* – хорошо, совершенно, правильно, *pareunos* – сожитель). Одновременное, гармоническое наступление оргазма у мужчины и женщины во время полового акта. Ср.: диспарейния.

**Эфебофилия** *(греч. ephebos* – юноша, *philia* – лю-

бовь). 1. Разновидность мужского гомосексуализма, влечение к подросткам и юношам; 2. Влечение немолодых женщин к мальчикам и юношам.

**Эфиромания** *(эфир + мания).* Разновидность наркомании, при которой объектом пристрастия является этиловый эфир, производное этилового спирта, обычно используемый для наркоза.

**Эффект амфомиметический** *(лат. effectus* – результат действия, *греч. amphi* – с обеих сторон, *mimetos* – подражатель). Двойственная ответная реакция организма на внешние раздражители, при которой одновременно обнаруживаются признаки симпатико– и парасимпатикотонии, например, повышение АД и брадикинезия.

**Эффеминизация** *(лат. e(f)* – от, из, *femina* – женщина). Нарушение сознания пола – женщина чувствует себя мужчиной. Симптом, противоположный эвирации (см.).

**Эхо эпилептические.** Стереотипные эпилептические автоматизмы (их фотографическая повторяемость, клиширование).

**Эхография** *(греч. echo* – эхо, отголосок, *grapho* – писать, изображать) [Pick A., 1900, 1902; Sittig O., 1928]. Проявление эхолалии в письме. На просьбу отвечать письменно на задаваемый вопрос больной отвечает буквальным воспроизведением вопроса. В за-

висимости от того, устно или письменно был задан вопрос, различают акустическую и оптическую эхографию. Является проявлением рефлекторного автоматизма, наблюдается при изменениях структуры головного мозга, может быть и функционального генеза.

**Эхокинезия** *(греч. echo* – эхо, отголосок, *kinesis* – движение). См. *Эхопраксия.*

**Эхолалия** *(эхо + греч. lalia* – речь). 1. Истинная Э. [Wernicke C., 1900], характеризующаяся автоматической непроизвольной и лишенной смысла репродукцией обращенной к больному речи. Больной повторяет услышанное теми же словами и с неизменными интонациями, что отличает Э. истинную от митигированной. 2. Митигированная, облегченная Э., [Pick A., 1902, 1924], при которой больной повторяет вопрос собеседника, трансформируя его. Является не столько подвидом, сколько ступенью развития эхолалических расстройств, часто предшествуя (особенно – при болезни Пика) выявлению истинной Э.

**Эхология** *(эхо + греч. logos* – слово, речь) [Kleist K., 1908]. Симптом расстройства речи, характеризующийся тем, что больной в ответ на альтернативно построенный вопрос повторяет последнее слово. При перестановке слов вопроса он опять повторяет последнее слово, ранее бывшее первым. Например: Ответьте – да или нет! (Нет); Ответьте все же – нет или

да! (Да). K. Leonhard [1957] сближает Э. с персеверацией и считает ее особенно характерной для кататонии речевой готовности. Последняя выделялась автором как форма системной шизофрении (см. *Шизофрении систематика Леонгарда).* Основные симптомы ее: мимоговорение (см.) по типу «речевого замыкания», а также персеверации, ассоциации по созвучию, неологизмы. Речь проявляется в форме импульсивно возникающих и тут же гаснущих ответов – реакции в связи с задаваемыми вопросами (патологическая речевая готовность). Спонтанная речь отсутствует.

**Эхомимия** *(эхо + греч. mimia* – подражание). Непроизвольное повторение психически больным мимических движений окружающих. Наблюдается при кататонии.

**Эхомнезия** *(эхо + греч. mnesis* – память) [Walther-Buel H., 1949]. Субъективное переживание повторяемости одних и тех же событий, например, многократное (до 40-80 раз) переживание встречи с определенным лицом в одной и той же комнате. Наблюдается при интоксикационных психозах (дибенамин). Э. аналогична симптому, описанному Б.А. Глазовым при интоксикации акрихином.

**Эхопатия** *(эхо + греч. pathos* – страдание, болезнь). Непроизвольное повторение психически боль-

ным мимики, жестов, поз, слов или выражений окружающих. Наблюдается при кататонии.

**Эхопраксия** *(эхо + греч. praxis* – действие). Непроизвольное повторение психически больным действий, жестов окружающих. Симптом кататонии.

**Эхосимптомы.** Обобщающее название разного рода эхо-феноменов.

**Эхотимия** *(эхо + греч. thymos* – настроение). См. *Реакция имитации патологическая.*

**Эхофразия** *(эхо + греч. phrasis* – речь, речевой оборот). См. *Эхолалия.*

**Эхоэнцефалография** *(греч. echo* – отголосок + *enkephalos* - головной *мозг* + *grapho* – писать, изображать). См. *Эхоэнцефалоскопия.*

**Эхоэнцефалоскоп** *(эхо + энцефалоскоп).* Прибор для морфологического исследования головного мозга методом ультразвуковой эхоскопии.

**Эхоэнцефалоскопия** *(эхо + энцефало + греч. skopeo* – смотреть) – метод ультразвукового исследования головного мозга. Применяется для выявления внутричерепной структурно-дислокационной патологии на основе определения и измерения латерального смещения медиально расположенных структур мозга (М-эхо-сигнала). Используется при диагностике опухолей, абсцессов, гумм, субдуральных и эпидуральных гематом, острых нарушений мозгового кро-

вообращения, ушиба и некоторых других заболеваний мозга.

Син.: эхо-ЭС, эхоэнцефалография.

**Эя органодинамическая концепция** [Еу Н.]. исходит из необходимости преодоления дуалистического противопоставления роли органического и психологического факторов в происхождении психических заболеваний, объединяет основные положения Джексона теории об уровневой деятельности головного мозга и возникающей при психических заболеваниях диссолюции с Жане концепцией психологического автоматизма о различных эволюционных уровнях сознания, объясняемых степенью снижения «психического напряжения». Уровень сознания рассматривается в соответствии с интенсивностью психической энергии. Интенсивность психической энергии определяется глубиной органического поражения. В зависимости от уровня, на котором происходит дезинтеграция (диссолюция), различаются два вида психических заболеваний. Острые психозы рассматриваются как патология сознания, хронические психозы и неврозы – как патология личности.

Все психические заболевания, по Н. Еу, имеют общую причину в виде органического поражения головного мозга, ведущего к нарушениям энергетического снабжения, вследствие чего происходит утра-

та контакта с реальностью, расстраивается социальная адаптация. Негативные и позитивные симптомы Н. Еу в известной мере аналогичны первичным и вторичным симптомам E. Bleuler. Диагностика шизофрении определяется не столько наличием негативных симптомов, которые могут наблюдаться и при неврозах, сколько системным их нарастанием, приводящим к нарушениям адаптации. Преобладание позитивных симптомов рассматривается как проявление резистентности организма и считается характерным для шизофренных реакций, в отличие от ядерной шизофрении.

В противоположность нозологической системе E. Kraepelin выдвигается систематика психических расстройств по уровням диссолюции.

Э.о.к. является неоджексонианской и в известной степени эклектической. Ее положительное значение – в разработке некоторых общепатологических закономерностей в психиатрии, в установлении различий картин психозов, обусловленных уровнями поражения, в тенденции разграничения негативных и позитивных симптомов в психопатологии.

**Эякулят** *(лат. ejaculor* – выбрасывать). Семенная жидкость, выделяемая при эякуляции.

**Эякуляция** *(лат. ejaculatio* – выбрасывание). Семяизвержение, наступающее при половой близости

или замещающих коитус формах половой активности (мастурбации и др.), а также при поллюциях.

**Э. задержанная** характеризуется длительным невыделением семени, а иногда и полным отсутствием эякуляции. Половой акт носит затяжной, изнурительный характер.

Син.: Э. затяжная, Э. запаздывающая.

**Э. преждевременная** *(лат. ejaculatio praecox)* наступает преждевременно, в самом начале полового акта, иногда еще до введения полового члена во влагалище.

Син.: Э. ускоренная.

# Ю

**Ювенильный** *(лат. juvenilis* – юношеский). Относящийся к детскому и юношескому возрасту; не достигший полового созревания.

**Юмора расстройства** *(англ. humour* – шутливый нрав). Личностное свойство, способность человека подмечать комические стороны явлений, эмоционально на них откликаться. Чувство юмора связано с умением находить противоречия в окружающей действительности, осмыслять их. Критерием наличия чувства юмора является понимание человеком шуток, шаржей, карикатур, комизма ситуации. Отсутствие или недостаточная выраженность чувства юмора чаще всего свидетельствуют об изменениях в эмоциональной сфере или недостаточном интеллектуальном развитии. Однако в ряде случаев недоразвитие чувства юмора является признаком конституциональным.

В психиатрии Ю.р. наблюдаются при ряде заболеваний. При шизофрении отмечаются Ю.р., связываемые со своеобразным расщеплением интеллекта и эмоций [Познанский А.С., Дезорцев В.В., 1970; Блейхер В.М., Крук И.В., 1986]. Наиболее рано нарушается юмористическое восприятие жизненных ситуаций,

не являющихся претенциозно-юмористическими, что связано с недостаточной самокритичностью и проявлением аутизма. Более длительное время сохраняется восприятие явно юмористической продукции, например, карикатур. В ряде случаев Ю.р. у больных шизофренией носят парциальный характер, при значительной выраженности психического дефекта они становятся тотальными. В описаниях юмористических рисунков выявляется формально-оценочный подход, резонерски-комментирующий характер суждений, разноплановость мышления.

У больных эпилепсией Ю.р. обнаруживаются соответственно степени выраженности слабоумия, при этом обнаруживаются тенденции к резонерству, эгоцентрическая интерпретация комического с привлечением преимущественно собственного жизненного опыта и своих непреодолимо инертных представлений, с затруднениями в выделении существенного и тенденцией к детализации.

Юмор алкоголиков отличается брутальностью, плоскими, циничными шутками. Часто больной в своих остротах не щадит и себя, обнажает свою интимную жизнь, представляет в черном цвете своих близких. Характерна своеобразная бравада больных алкоголизмом. В юморе алкоголиков часто виден элемент агрессивности, направленной против окружаю-

щих, придающих ему мрачный характер. Смешным становится то, что вовсе не представляется смешным здоровому. Юмор алкоголиков часто выступает как проявление механизмов психологической защиты.

**Юнга аналитическая психология** [Jung C.]. Одно из направлений глубинной психологии, явившееся ответвлением от ортодоксального психоанализа S. Freud и противопоставляемое ему, хотя различия во взглядах S. Freud и C. Jung несущественны: и там, и там на первый план выдвигается доминирование бессознательного, телеологический волюнтаризм. Основное отличие аналитической психологии от психоанализа – в объяснении сущности и природы бессознательного, биологизаторское понимание которого S. Freud заменено трактовкой бессознательного как сугубо психологического понятия. Инстинкты человека, по C. Jung, имеют не биологическую, а символическую природу. Различается личное бессознательное (все забытое, вытесненное человеком) и коллективное бессознательное, складывающееся из архетипов. Архетипы проявляются в виде символов и характеризуют мотивы бессознательного. Для анализа архетипов используются сновидения, мифология, религия. В архетипах C. Jung видел переживания предков ныне живущих людей. В психике человека коллективное, в том числе расовое, бессознательное

доминирует над личным. В структуре психики C. Jung выделял «персону» (превратное мнение человека о себе), «аниму» (женский архетип в мужчине), «анимус» (мужской архетип в женщине) и «самость» (центральный архетип личности, вокруг которого группируются все психические свойства человека).

Исключительно большое значение придается комплексам, которые, в отличие от S. Freud, трактуются далеко не всегда в плане сексуальности человека. Под комплексом C. Jung понимал скрытую в глубине бессознательного неразрешенную жизненную проблему, зависящую не только от жизненного опыта пациента, но и от архетипов, являющихся следствием жизнедеятельности предыдущих поколений.

Психотерапия, по C. Jung, основана на поисках и преодолении комплексов, являющихся символами бессознательного и отражающих моральный конфликт, противоречащий человеческому существованию.

**Юнга архетипы.** См. *Юнга аналитическая психология.*

**Юнга ассоциативный эксперимент.** См. *Ассоциативный эксперимент.*

**Юнга интро– и экстраверсия.** См. *Личности типология по Юнгу.*

# Я

**Язык искусственный.** См. *Неоглоссия.*

**Язык иррелевантный** *(англ. irrelevant* – не относящийся к делу). Нарушение мышления и речи, при котором слова, фразы, высказывания имеют значения только для говорящего. Часто это совершенно непонятный для окружающих новый язык, состоящий из сплошных неологизмов (см. *Неоглоссия).* В то же время эти слова для самого больного значимы. Утрачивается коммуникативная функция речи. Наблюдается при шизофрении и раннем детском аутизме. Пример последнего случай, описанный L. Kanner [1948], – больной ребенок на вопрос родителей о том, всегда ли он говорит правду, отвечает им непонятным словом «блам». Оказывается, что он, рано научившийся читать, прочел объявление: «Блам говорит правду». Поскольку он говорит правду, он «Блам».

**Язык метафорический** *(греч. metaphora* – перенос). Метафора – употребление слов или выражений в их переносном значении. В психиатрии понятие Я.м. отличается тем, что понятия, служащие основанием для использования больным слов и выражений, претендующих на роль метафорических, для собеседника остаются непонятными, хотя говоряще-

му они представляются вполне логичными и закономерными. Проявление иррелевантного языка.

**Якоба–Крейцфельдта болезнь** [Jacob A., Creutzfeldt H.G., 1920]. Редко встречающаяся форма пресенильной деменции. Заболевание начинается в пожилом возрасте с жалоб на ухудшение памяти, боль и слабость в ногах. Развиваются мышечное оцепенение, нарушения походки. Дизартрия, расстройства глотания, пирамидные знаки, эпилептиформные припадки, состояния нарушенного сознания делириозного типа. Нарастающая деменция. Тенденция к конфабуляциям, эпизоды нарушенного сознания, слуховые галлюцинации.

Различают [Schilder P., Malamud N., 1963] два типа течения:

I. Фронто-центро-темпоральный тип с тяжелой атрофией коры и периферических мотонейронов при относительно большей длительности заболевания.

II. Генерализованная атрофия, протекающая без поражения периферических мотонейронов. Течение подострое. В терминальной стадии – мутизм, акинезия, децеребрационные расстройства и в заключение – кома.

Встречается очень редко. Есть указания на наследственный характер заболевания. Описана у представителей трех поколений одной семьи. Патологоана-

томически – очаги атрофии в коре больших полушарий, мозжечке, ядрах ствола мозга, в продолговатом и спинном мозге, пролиферация глии.

**Яктация** (*лат. jactatio* – разбрасывание во все стороны). Двигательное возбуждение в форме хаотических некоординированных движений, чаще всего – в пределах постели. Наблюдается при аментивных и тяжелых делириозных расстройствах сознания. Я. наблюдается также в детском возрасте и проявляется навязчивыми действиями – ритмическое раскачивание или резкие движения туловища и головы. Я. головы характеризуется быстрыми ритмическими движениями головы (наклоны, вращения) и наблюдается у детей младшего возраста при неврозах, чаще перед засыпанием.

**Яроцкого аретотерапия.** См. *Аретотерапия.*

**Ятрогения** (*греч. iatros* – врач, –*genes* – порождающий, вызывающий) [Bumke O., 1925]. Один из вариантов психогении. Причиной болезненных расстройств является неправильное поведение врача (неосторожное высказывание врача о тяжести и плохом прогнозе болезни, предоставление больному возможности ознакомиться с медицинской документацией, научно-популярная лекция, построенная в пессимистическом плане, рассказ о плохом исходе аналогичного заболевания у другого больного и т.п.). Ятрогенные

заболевания были почти одновременно описаны H.W. Gruhle, E. Bleuler, E. Kretschmer. Наиболее четко патогенез Я. был охарактеризован O. Bumke, который подчеркивал, что часто сам врач не замечает своей роли в психогенезе заболевания. Наиболее характерны для Я. депрессивные и ипохондрические состояния (см. *Ипохондрия ятрогенная).*

**Ятросомопатия** *(ятро + сома + греч. pathos* – болезнь, страдание). [Шипковенский Н., 1963]. Один из вариантов патогенного воздействия медиков. Ущерб телесному здоровью больного наносится неправильным назначением лекарств, необоснованно проводимыми инструментально-лабораторными исследованиями, либо вследствие ненужной или неправильно проведенной операции. Часто сочетается с ятрогенией (см. *Ятрогения).*

Син.: ятропатия.

**Ясперса психический процесс** [Jaspers К., 1913]. Форма течения психических расстройств, характеризующаяся прогредиентностью и образованием психического дефекта. Психопатологические расстройства не вытекают из особенностей личности больного, не являются их развитием. Это качественно новые явления, совершенно изменяющие психический склад больного. Примером психического процесса могут служить шизофрения, ряд эндогенно-органи-

ческих, особенно атрофических, психозов.

**Ясперса триада критериев реактивных состояний** [Jaspers K., 1913]. Выделена при реактивных состояниях, для которых характерны следующие признаки: 1) реактивное состояние вызывается психической травмой; 2) психогенно-травмирующая ситуация отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов; 3) реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины. Эти критерии не утратили своего значения и в настоящее время, однако дальнейшие наблюдения показали некоторую их относительность и условность. Так, установлена возможность отставленного возникновения реактивных состояний [Ганнушкин П.Б., 1933; Шевалев Е.А., 1935]. Психологически понятные связи между содержанием психопатологической симптоматики и предшествующей психогенией возможны и при других, в частности при процессуальных, психических заболеваниях [Ганнушкин П.Б., 1933; Бунеев А.Н., 1940; Гиляровский В.А., 1914]. Реактивные состояния не всегда полностью обратимы, а в ряде случаев реактивный психоз отрывается от породившей его травмы, и ликвидация травмы не всегда влияет на исход заболевания [Введенский И.Н., 1926; Краснушкин Е.К., 1928; Фелинская Н.И., 1963; Канторович Н.В., 1967].

**Ясперса триада признаков бреда** [Jaspers K., 1913]. 1. Субъективная уверенность в реальности болезненных переживаний; 2. Невозможность корригировать высказывания больного; 3. Несоответствие бредовых переживаний действительности.

# Термины, употребляемые в оригинальном написании

**Carus** *(греч. karos* – сильная слабость). Крайняя степень выраженности коматозного состояния (см. *Кома),* характеризуется полным исчезновением рефлексов и грубыми сосудодвигательными и дыхательными расстройствами.

**Deja entendu** *(фр.).* Феномен «уже слышанного, воспринятого». Больной воспринимает слышимое в настоящее время реально, как уже бывшее ранее, хотя это утверждение противоречит фактам.

**Deja eprouve** *(фр.).* Феномен «уже испытанного». Больной утверждает, что действие или событие, в котором он на самом деле никогда не участвовал, переживалось им. Эти переживания могут носить бредовой характер.

**Deja fait** *(фр.).* Феномен «уже сделанного». Термин использован P. Marie для обозначения разновидности парамнезий, при которой больной обнаруживает уверенность, что происходящее с ним в данный момент уже было когда-то.

**Deja pense** *(фр.*. Феномен «уже бывших мыслей». У больного возникает граничащее с убежденностью

чувство, что он в настоящее время полностью воспроизводит ход своих прежних рассуждений, мыслей. Этот феномен, как и deja vu, часто входит в структуру психомоторных припадков, что дает основание думать о роли в их происхождении височных отделов головного мозга [De Long R.N., 1951].

**Deja raconte** *(фр.).* Феномен «уже рассказанного». При воспоминании о, казалось бы, уже забытых событиях, особенно если они относятся к далекому прошлому, у больного возникает ощущение, что об этом ему уже рассказывали. S. Freud ввел этот термин для обозначения убежденности пациента в том, что он уже рассказывал о каком-либо эпизоде психоаналитику, в то время как в действительности этого не было.

**Deja voulu** *(фр.).* Феномен «уже бывшего желанным». Термин предложен P. Marie для обозначения парамнезий, при которых больной уверен, что его нынешние желания совершенно идентичны тем, которые он испытывал когда-то.

**Deja vu** *(фр.).* Феномен «уже виденного». Видя что-либо впервые в жизни, больной утверждает, что это знакомо ему по прошлому. Например, он говорит, что уже был в каком-то, ранее им в действительности никогда не посещавшемся, городе. Это же относится и к чувству знакомого в ситуациях, никогда ранее больным не переживавшихся. S. Freud рассматривал дан-

ный феномен как проявление механизма психологической защиты («Не бойся, ты уже был в такой ситуации, и все закончилось для тебя благополучно») и регрессивного оживления чувства всесильности (в форме предвосхищения будущего).

В немецкой психиатрии указанный феномен рассматривается как синоним идентифицирующих парамнезий.

**Delinquento nato** *(лат. delinquens* – виновник, *natalis* – рожденный). Термин, предложенный C. Lombroso [1876] для обозначения типа «врожденного преступника», представителя особого, антропологически выделенного автором, подвида рода человеческого (homo delinquens), отличающегося характером телосложения, наличием дегенеративных признаков и предрасположением к ряду психических заболеваний. Эта концепция приводила к неправомерной биологизации такого явления, как преступность, к игнорированию его социальных корней.

**Demence precoce** *(фр.)* [Morel B., 1852]. Раннее слабоумие. Первая попытка выделения шизофрении в качестве самостоятельной нозологической формы. В представлении Morel раннее или преждевременное слабоумие охватывало главным образом гебефреническое симптомообразование. В основу нозологической самостоятельности раннего слабоумия были по-

ложены признаки его эндогенности и наступления аффективного отупения.

**Dementia praecox** *(лат.)* [Kraepelin E., 1898] Раннее слабоумие. Выделение эндогенного психоза, приводящего к слабоумию, в состав которого первоначально включались простое, гебефреническое, кататоническое и параноидное слабоумие. Все эти формы объединялись нозологически и генетически, а также в соответствии с критерием единства исходных состояний. Впоследствии число форм раннего или преждевременного слабоумия было увеличено. Выделение D.p. явилось важным этапом в создании концепции шизофрении.

**Ebrietas psychotica** *(лат.).* Патологическое (психотическое) алкогольное опьянение.

**Ebrietas vulgaris** (*лат.*. Простое алкогольное опьянение.

**Folie a deux** *(фр.* помешательство у двоих). Форма индуцированного психоза, при которой бредовые переживания отмечаются у двоих – индуктора и индуцируемого.

**Folie a double forme** *(фр.* помешательство в двойной форме). Психозы, протекающие со сдвоенной аффективной фазой.

**Folie a trois** *(фр.* помешательство у троих). Форма индуцированного психоза, в котором участвуют три

лица.

**Fuga idearum** *(лат. fuga* – бегство, бег, *греч. idea* – образ, мысль, идея).

Син.: скачка идей.

**Furor epilepticus** *(лат.* эпилептическое буйство). См. *Раптус эпилептический.*

**Furor maniacalis** *(лат.* маниакальное буйство). См. *Раптус маниакальный.*

**Grand mal** *(фр.).* См. *Припадок эпилептический большой (развернутый).*

**Impotentio couendi** *(лат. coitus* – половой акт). Характеризуется невозможностью совершить половой акт до конца из-за недостаточной эрекции или преждевременного семяизвержения.

**Impotentio generandi** *(лат. generare* – порождать, создавать). Обусловлена нежизнеспособностью или отсутствием половых клеток (некроспермия, азооспермия).

**Incontinentia alvi** *(лат. in* – не, *continere* – удерживать, *alvus* – живот, испражнения). Недержание кала.

Син.: энкопрез.

**Incontinentia urinae** *(лат. in* – не, *continere* – удерживать, *urina* – моча). Недержание мочи.

Син.: энурез.

**Jamais entandu** *(фр.).* Феномен «никогда не слышанного»: знакомые звуки, речь воспринимаются как

никогда ранее не слышанные.

**Jamais eprouve** *(фр.).* Феномен «никогда не испытанного»: уже происходившие ранее действия, события воспринимаются как нечто совершенно новое, никогда ранее не переживавшееся.

**Jamais fait** *(фр.).* Феномен «никогда не происходившего»: происходящие и давно известные явления воспринимаются как никогда не происходившие.

**Jamais vu** *(фр.).* Феномен «никогда не виденного». Вид парамнезии, характеризующийся ошибочным ощущением и убежденностью больного в том, что он никогда не переживал или не видел ничего похожего на происходящее в данный момент. Такого рода отрицание приводит к фрагментарности памяти, нарушению ее непрерывности. Вместе с полярно противоположным феноменом deja vu входит в описанные J. Jensen двойные ощущения.

**Katzenjammer** *(нем.,* дословно – кошачий вопль, кошачий концерт). Состояние похмелья, характеризующееся общей слабостью, чувством разбитости, апатией, недовольством жизнью и наступающее после алкогольных эксцессов. Длится около суток.

**KZ-синдром.** См. *Концентрационных лагерей синдром.*

**Pavor diurnus** *(лат.).* См. *Страх дневной.*

**Pavor nocturnus** *(лат.).* См. *Страх ночной.*

**Pavor sceleris** (*лат.*. См. *Страх преступления.*

**Pedikatio mulierum** *(лат. mulier* – женщина). Половое извращение, совершение полового акта между мужчиной и женщиной per anum.

**Petit mal** *(фр.* малая болезнь). См. *Припадок эпилептический малый.*

**Praecox-Gefuhl.** См. *Рюмке симптом чувства шизофрении.*

**Salacitas** *(лат. salax* – сладострастный). Повышенное половое влечение, патологическая сладострастность. Наблюдается у больных олигофренией, при некоторых формах психопатий, в маниакальной фазе МДП.

**Tabes dorsalis** *(лат. tabes* – разрушение, истощение, *dorsum* – спина). См. *Сухотка спинная.*

**Verschrobenheit** *(нем.* – взбалмошность, странность, чудаковатость) [Birnbaum К., 1906; Kraepelin E., 1911]. Тип изменения личностных свойств, при котором у человека оказывается особенно своеобразное поведение, необычные речевые манеры. Совершаются необычные, непонятные поступки. В речи отмечается предпочтение неуместных, малоупотребительных, особенно – абстрактных, слов и выражений, неологизмов. О простых вещах говорится напыщенно, манерно, неестественно. Сопровождающие речь мимика и жестикуляция лишены аффективно-

го значения, часто причудливы, вычурны. Характерны также нелюдимость, склонность к одиночеству, замкнутость. Рассматривается как типично шизофренический симптом, проявление психического дефекта, в легкой форме отдельные проявления могут наблюдаться у психопатических и акцентуированных личностей.

# Библиография

[В списке литературы приведены лишь издания словарно-справочного характера и руководства по психиатрии, общей психопатологии и смежным дисциплинам.]

*Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1988.

*Банщиков В.М., Короленко Ц.П., Давидов И.В.* Общая психопатология. – М.: Медицина, 1971.

*Блейхер В.М.* Эпонимический словарь психиатрических терминов. – Киев: Вища школа, 1980.

*Блейхер В.М.* Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. – Киев: Вища школа, 1984.

БМЭ: В 36 т. – 2-е изд. – М.: Медгиз, 1956-1964; 3-е изд.: В 28 т. – М.: Медицина, 1974-1988.

*Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. – Киев: Наукова думка, 1989.

*Гасто А.* Терминологический словарь по эпилепсии. – ВОЗ: Женева, 1975.

*Гиляровский В. А.* Психиатрия. – 4-е изд. – М.: Медгиз, 1954.

*Гуревич М.О.* Психиатрия. – М.: Медгиз, 1949.

*Гуськов В.С.* Терминологический словарь психиатра. – М.: Медицина, 1965.

*Жмуров В.А.* Общая психопатология. – Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1988.

*Завилянский И.Я., Блейхер В.М., Крук И.В., Завилянская Л.И.* Психиатрический диагноз. – Киев: Вища школа, 1988.

*Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982.

*Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В.* Психиатрия. – М.: Медицина, 1968.

Клиническая психиатрия */ Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера.* – М.: Медицина, 1967.

Краткий психологический словарь */ Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского.* – М.: Политиздат, 1985.

*Лайбер Б., Ольбрих Г.* Клинические синдромы. –М.: Медицина, 1974.

*Лебединский М.С., Мясищев В.Н.* Введение в медицинскую психологию. – Л.: Медицина, 1966.

*Маккьюсик В.А.* Наследственные признаки человека. – М.: Медицина, 1976.

*Машковский М.Д.* Лекарственные средства: Пособие по фармакотерапии для врачей – 12-е изд. – М.:

Медицина, 1993.

*Меграбян А.А.* Общая психопатология. – М.: Медицина, 1972.

Медицинский словарь английский – русский – французский – польский – русский */Под ред. Б. Злотницкого.* – Варшава: Польское гос. мед. издательство, 1971.

Наследственные болезни человека: Справочник / *Под ред. Л.О. Бадаляна.* – Ташкент: Медицина УзССР, 1980.

Общая сексопатология */ Под ред. Г.С. Васильченко.* – М.: Медицина, 1977.

*Осипов В.П.* Курс общего учения о душевных болезнях. – Берлин: Гос. изд. РСФСР, 1923.

*Осипов В.П.* Частное учение о душевных болезнях: Вып. I. – Петроград: Практическая медицина, 1923; Вып. II. – М.-Л.: Госиздат, 1926.

*Попеску О.* Синдромы в педиатрии. – Бухарест: Медицинское издательство, 1977.

Психологический словарь */ Под ред. В.В. Давыдова, А.В. Запорожца, Б.Ф. Ломова и др.* – М.: Педагогика, 1983.

*Пятницкая И.Н.* Клиническая наркология. – Л.: Медицина, 1976.

*Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. – М.: Учпедгиз, 1946.

Руководство по психиатрии: В 2 т. */ Под ред. А.В. Снежневского.* – М.: Медицина, 1983.

Руководство по психиатрии: В 2 т. */ Под ред. Г.В. Морозова.* – М.: Медицина, 1988.

Руководство по психотерапии. – 1-е изд. */ Под ред. В.Е. Рожнова.* – М.: Медицина, 1974; 2-е и 3-е изд. – Ташкент: Медицина УзССР, 1979, 1985.

Словарь-справочник симптомов и синдромов заболеваний */ Под ред. М. Фейгина.* – Варшава, 1965.

Руководство по судебной психиатрии */ Под ред. Г.В. Морозова.* – М.: Медицина, 1977.

Судебная психиатрия */ Под ред. Г.В. Морозова.* – 2-е изд. – М.: Медицина, 1988.

*Фрумкин Я.П.* Психиатрическая терминология. – Киев: Госмедиздат УССР, 1939.

*Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л., Шевчук И.Д.* Психиатрия: Таблицы и схемы. – Киев: Вища школа, 1977.

Частная сексопатология: В 2 т. */ Под ред. Г.С. Васильченко.* – М.: Медицина, 1983.

Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3 т. – М.: Советская энциклопедия, 1982.

Клинична психология */ Под ред. Вл. Иванова.* – София: Медицина и физкултура, 1976.

Руководство по психиатрия: В 2 т. – София: Медицина и физкултура, 1987-1988.

*Стоименов Й., Рачев И.* Психиатричен клиничен

речник. – София: Медицина и физкултура, 1988.
*Barta G.* Pszihologiai ertemezo szotar. – Budapest: Academiai Kiado, 1980.
*Bilikiewicz T.* Psychiatria kliniczna, Wyd. V. – Warsawa: PZWL, 1973.
*Bleuler E.* Lehrbuch der Psychiatrie. – XI Auflage, umgearb. von M. Bleuler. – Berlin–Heidelberg–New York: Springer Verlag, 1976.
*Campbell R.J.* Psychiatric Dictionary. Sed. – New York–Oxford: Oxford University Press, 1981.
Common Psychiatric Terms in 4 Languages. – Sandoz, Basel, 1971.
*Cuparencu B., Hotico Tr., Macrea R., Randasu St., Satta L., Secareanu Al.,*
*Strou A.* Psichiatrie clinicas: Guid alfabetic. – Cluj-Nanoca: Editura dacia, 1979.
*Dietz K., Hesse P.G.* Worterbuch der Sexuologie und ihrer Grenzgebiete. – Greifen-Verlag zu Rudolstadt, 1971.
*Drever J.* A Dictionary of Psychology. – Harmondsworth: Penguin Books, 1952.
Encyklopedyczny slownik psichiatrii. Wyd. III. – Warsawa: PZWL, 1986.
*Fischer R.B.* The Dictionary of Mental Health. – Granada: London-Toronto–Sidney–New York, 1980.
*Hehlmann W.* Worterbuch der Psychologie. III

Auflage. – Stuttgart: Kroner Verlag, 1965.
*Herman E.J.* Zespoly psychonewrologiczne. – Warsawa: PZWL, 1978.
*Hiltmann H.* Kompendium der psychodiagnostischen Tests. – Bern–Stuttgart–Wien: Huber Verlag, 1977.
*Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie. VIII Auflage. – Berlin–Heidelberg–New York: Springer Verlag, 1965.
*Kondas O.* Klinicka psychologia. – Bratislawa: Osveta, 1976.
*Kretschmer E.* Medizinische Psychologie / Herausgegeb. von W. Kretschmer. XIV Auflage. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1975.
*Leonhard K.* Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Atiologie. – VI Auflage. – Berlin: Akademie Verlag, 1986.
*Mayer-Gross W., Slater E., Roth M.* Clinical Psychiatry. – London: Cassel and Co Ltd, 1960.
*Muller Chr.* (Herausgeg.) Lexicon der Psychiatrie. – Berlin–Heidelberg–New York: Springer-Verlag, 1973.
*Noyes A.P., Kolb L.C.* Modern Clinical Psychiatry. VI Edition. – Philadelphia–London: W.B. Saunder's Company, 1963.
*Peters U.H.* Worterbuch der Psychiatric und medizinische Psychologie. II Auflage. – Munchen – Wien – Baltimor: Urban und Schwarzenberg, 1977.

Pieter J. Slownik psychologiczni. – Warsawa: Wyd. Ossolineum, 1963.

*Porot A.* Manuel alphabetique de psychiatrie clinique et therapeutique. 5-e edit. – Paris: Presse universitaire de France, 1975.

*Rycroft Ch.* A Critical Dictionary of Psychoanalysis. – Harmondsworth: Penguin Books, 1979.

*Scharfetter Ch.* Allgemeine Psychopathologie. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1976.

*Schneider K.* Klinische Psychopathologie. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1962.

*Takurdas H., Takurdas L.* Dictionary of Psychiatry. – MTP Press Limited, 1979.

*Tuce D.H.* A Dictionary of Psychological Medicine. – 1892, vol. 1-2.

*Werner A., Campbell R.J., Frazier S.H., Stone E.M.* A Psychiatric Glossary. V Ed. – APA, 1980.

*Weitbrecht H.J.* Psychiatrie im Grundriss. III Auflage. – Berlin–Heidelberg–New York, 1973.

*Wolman B.B.* (ed.). Dictionary of Behavioral Science. – London–Basingstone: Macmillan Press Ltd, 1975.

Worterbuch der Individual Psychologie / Herausgeg. *R. Brunner, R. Kausen, M. Titze.* – Munchen –Basel: Ernst Reinhart Verlag, 1985.

Worterbuch der Psychologie. – Leipzig: VEB, 1976.